

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-út 26., IV. em.
Telefon: 245-112.

Ingyenes Hírfelhasználás.
(Kérje a portásistól!)

MEGJELENIK SZOMBATON

Egyes számok kaphatók:
a kiadóhivatalban 70 fillérért;
Magyar Orvosi Archivum száma 2 pengőért.

Hirdetések kizárólagos felvétele
a kiadóhivatalban.

Előfizetések beküldhetők: Kiadóhivatalunkba vagy
22.968. számú postatakarékpénztári csekkszámlánk javára.
Romániában: Borsos Béla dr. Arad, Str. Gen. Grigorescu 5.
Slovaquiában: Eleőd Solt. Handels- u. Kredit-B. Bratislava.

A Magyar Orvosi Archivum egész évre 10 P., 70 slk., 400 lei.

Előfizetési díj: az »Orvosi Hetilap«-ra az »Orvos-
tudományi közlemények«-kel együttesen egész évre 26 P.
220 slk., 1000 lei, egyéb külföldre a belföldi díjak + portó-
költség (összesen 32 P), félévre ezen összegek fele, negyed-
évre negyede, egy óra 2-50 P.

SYMPATOL

A SZÍV ÉS VÉRKERINGÉS GYÓGYSZERE.

Indikációk:

Az erek hypotóniával párosult tónuscsökkenése:

Rekonvalescentia - Hypotónia - Terhesség - Öregkori panaszok

Általános keringési gyengeség:

Influenza - Diphtheria - Tuberculosis - Typhus - Pneumonia

Súlyos kollapsus:

Műtétek - Szülések - Vérvesztés - Shok

Tudományos osztály,
Budapest, VII.
Károly király út 13-15



Forgalomban:
Ampullák à 0.06 g
10%-os liquidum.

FERTŐZÉSEK LEKÜZDÉSÉRE

PARAGEN

Polypeptidek, fehérjebomlástermékek és chinolinszármazék kombinációja

Antibakteriális • Méregtelenítő • Ellenállástfokozó



„Behringwerke“
LEVERKUSEN

Javallatok:

Fertőzések, különösen heveny ízületi rheuma, heveny rheumatoid és azok súlyosbodó alakjai. Szeptikus megbetegedések. Toxikus fertőzésekben, mint diftéria, vörheny stb. a kezelés támogatására. Allergiás betegségek.

1, 3, 5 és 50 ampulla à 2 ccm

A HONVÉDSÉG INTÉZMÉNYEINÉL ENGEDÉLYEZVE

Magyarországi vezérképvislet: MAGYAR PHARMA GYÓGYÁRU R.-T.
BUDAPEST, V., Arany János-u. 10. Kolozsvár, Mussolini-út 18.

PERHEPAR INJEKTIO

Az antiperniciosa-principiumot tartalmazó, fehérjementesített májkivonat
INDIKÁCIÓK: Anaemia perniciosa. Aregeneratív anaemiák. Csontvelői insufficiencia. Májinsufficiencia, májcirrhosis, intoxicatiók

Forgalomba kerül: 6×2 ccm-es, 3×5 ccm-es és 2×10 ccm-es ampullát tartalmazó dobozokban

FERCUPAR DRAGÉE

Vas, réz és máj kombinációja. Az étvágyat javítja, a kísérő vérszegénységet megszünteti, az általános erőbeli állapotot feltűnően jól befolyásolja és így a szervezet védekező erejét növeli

Forgalomba kerül: 100 dragéát tartalmazó dobozokban



RICHTER GEDEON vegyészeti gyár r. t., Budapest, X.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON.

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC, V. BERDE KÁROLY, GORKA SÁNDOR, HÜTTL TIVADAR, BALÓ JÓZSEF,
VÁMOSSY ZOLTÁN, MÉHES GYULA, REUTER KAMILLÓ, JENEY ENDRE, VIDAKOVITS KAMILLÓ.
FELELŐS SZERK.: VÁMOSSY ZOLTÁN. Fogad kedden és pénteken 12—1. SZERK.: FRITZ ERNŐ.

TARTALOM:

Tóth László: Hypoglossoplegia tompa erőszak hatására. (483—484. oldal.)

Oppe Sándor: Paragen a terhességi hányás gyógyszere. (484—486. oldal.)

Sármási Jenő és Gaál Sándor: A polyarthrititis rheumatica kezelése citrátos sajátvérrrel. (486—487. oldal.)

Melléklet. Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (77—80. oldal.)
Irodalmi szemle. (487—490. oldal.)

Könyvismertetés. (491. oldal.)

Beznák Aladár: Verzár Frigyes kinevezési évforduló-jára (492. oldal.)

Lapszerke. (492. oldal.)

Hetirend. (492. oldal.)

A pécsi ideg- és elmeklinika közleménye. (Igazgató:
Reuter Camillo ny. r. tanár.)

Hypoglossoplegia tompa erőszak hatására.

Írta: Tóth László dr. tanársegéd.

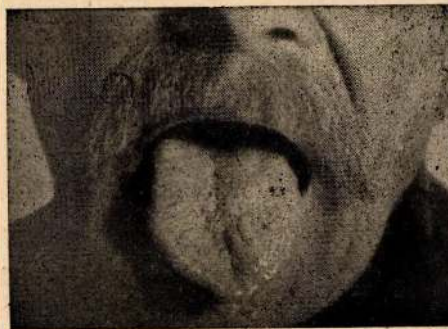
A hypoglossus környéki bénulása tompa erőszakos behatás következtében ritkaság. Egy-egy esetét látta Lüschoy orthopaediás nyújtókezeléskor, Bräsch, valamint Smith a fejet ért tompa erőszak következtében, Fischer koponyaaltöréssel, Sauer pedig az atlanto-occipitalis ízület rándulásával kapcsolatban.

A mi esetünkben szalmabála esett a beteg fejére, rándulást szenvedett atlanto-occipitalis ízületében és környéki típusú bénulás fejlődött ki nyelvizmaiban baloldalt. Az eset részletes leírása a következő:

N. N. 62 é. férfi. Előzmény: Különösebb betegsége nem volt. Luesre adat nincs. Ritkán, mértékletesen iszik. Hat héttel ezelőtt 5 m magas padlásról 40—50 kg-os szalmabálát dobta a fejére. Nyakszirtjében egy pillanatra éles fájdalmat érzett, hanyatt esett, feje megsérült, de eszméletét nem veszítette el. Fölkelt és mivel dolga már nem akadt, hazament. Hányingere nem volt. Három nap múlva a sebész a fejtetőn hátul haematomát, ennek közepén pengősnívi hámhórszólást, az alsó szemhéjakban pedig vérzést talált. Lelete szerint a felső nyakcsigolyák ütögetésre és a fej mozgathatóságakor érzékenyek voltak. a Röntgen-felvétel kórosát nem mutatott. Közvetlenül a baleset után, de még vizsgálatunk idején is a beteg panasza az volt, hogy fejét és nyakát a nyakszirttáji fájdalom miatt alig tudta mozgatni, beszéd és evés közben rosszul forgott a nyelve, az ételt baloldalt fogai és a pofa közül nem tudta kiszedni, az ételek íze megváltozott, közelebből körül nem írható szédülést és fejfájást érzett. Mind ezért, mikor tehetette, hevert.

Jelen állapota: 154 cm magas, általában arányosan fejlett, jól táplált. Kicsit görnyedt. Feje enyhén hydrocephaliás, kerülete 56 cm, rajta sérülés nyoma nincs. A szemrések, szemmozgások és pupillák, az arcbeidegzés és a garatívek rendben vannak, két oldalt egyenlők. A tapintás-, hő- és fájdalomérzés testszerte, valamint az ízlelés ép. Kiöltött nyelve kampószerűen balra haj-

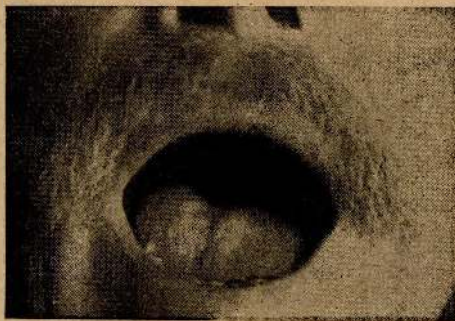
lott, csak a hegye fordul megint kissé jobbra, habár az még így is valamivel meghaladja a középvonalat bal felé. A kiöltött nyelv közepén a barázda mélyebb a szokottnál, bal felé homorú ívet alkot, a nyelv jobb fele megnyúlik, domborodik, vastagszik és keskenyedik; bal fele rövidebb, szélesebb és vékonyabb marad, petyhüdtlen elterül alapján, ehhez alkalmazkodik. A nyelv hátrahúzásakor hegye jóval meghaladja a középvonalat, közepén a barázda bal felé homorú, a középvonaltól jobbra esik egész lefutásában és mialatt a jobb nyelvfél erősen fölfelé domborodik, a bal fél a szájban elterülve marad. Nyugalmi helyzetben a nyelv



1. ábra.

hegye szintén kissé jobbra tér, közepén a barázda most is bal felé homorú és egész lefutásában a középvonaltól valamivel jobbra kerül, baloldalt a nyelv mélyebb szintet képez, szélesebben terül el, széle jobban idomul a fogakhoz, mint jobboldalt. A nyelv felülete baloldalt minden helyzetben, de különösen kiöltéskor, jóval egyenetlenebb, gödrös-dombos és ezt fibrillaris rángások látszólag még fokozzák. Baloldalt, főleg a nyelv derekán a köteg- és dombszerűen kiemelkedő, lüktetésre emlékeztető fibrillaris rángások játéka jól látható, a kiöltött nyelven jobban, mint a nyugalmi helyzetben lévő vagy hátrahúzott nyelven. A kiöltött nyelv bal fele lágyabb tapintatú, két újjal könnyebben rögzíthető. Ha felszólítjuk a beteget, hogy nyelve hegyével tapogassa végig fogait és a pofanyálkahártyát, bal felé, hátra és fölfelé, a bal alsó szemfogan nem jut túl. Selypítve beszél, az l-t j-nek, a cs-t sz-nek ejti. Villamosvizsgálatkor a nyelvizmok baloldalt az ideg felől és fáradós árammal nem ingerelhetők. Galvános árammal az izom felől féregszerűen renyhe összehúzódnak kapunk és az AZR megelőzi a KZR-t. A nyelv jobb felének izmai, a száj körkörös izma és a

nyelőizmok beidegzése ép. Fejét mereven tartja. Fejének mozgását és a nyakszirt alatti gödör kopogtatását fájdalommal mondja. A nyaki, mellkasi és hasi szervek kóros eltérést nem mutatnak. Az ulnaris, radialis, triceps és biceps, a has-, a térd-, sarok- és talp-reflex kiváltható, két oldalt egyenlő. Kóros reflex nincsen. Főálláson csuklott szemmel biztosan áll. Járása biztos, egyenes. Az izomerő és tónus, valamint a mozgások összerendezettsége ép. Vérnyomása 160/90 mm



2. ábra.

Hg. Erverése egyenletes, 76. Vizeletében nincs semmi kóros. A vérben a Wassermann és Kiss reactio nem mutatható ki. A szemészeti, fül-, orr-, gégészeti vizsgálat, valamint a koponya és nyakcsigolyák két irányú Röntgen-felvétele kórosat nem mutat. Nyolc hónappal a baleset után újra megvizsgáltuk. Ekkor már csak annyiban találtunk elváltozást, hogy a nyelv hosszanti barázdája a középvonaltól balra helyezkedett el, a bal nyelvfél keskenyebb volt, mint a jobb, hátrahúzásakor a bal nyelvfél térfogata kisebbnek látszott és a kiöltött nyelv, egész tömegében, csúcsával a középvonaltól valamivel bal felé fordult.

Tudjuk, hogy a száj körkörös izmát ellátó, egyébként a facialisban haladó rostok a hypoglossus-magban erednek. Tudjuk, hogy a nyelvőzmokat ellátó hypoglossus-rostok a nyaki gyökerekből származnak. Betegünkön tehát a hypoglossus sérülésének helye egyrészt az orbicularis, másrészt a nyelvőzmok beidegzésének épségéből adódik. Vagyis a sérülés a hypoglossus magján túl és cervicalis rostoknak a hypoglossushoz való társulásán innen van, ott tehát, ahol a hypoglossustörzs az agyvelő elhagyása után a canalis hypoglossin kilép és az atlanto-occipitalis ízület mentén fut.

Már most három nappal a baleset után a sebész vérzést talált az alsó szemhéjakon és hámhörzsolásos vérömlenyt a fejtetőn hátul. Viszont a beteg az 5 m magasról a fejére dobott 40–50 kg-os szalmabála súlya alatt hanyatt vágódott. Ekkor alaposan bele kellett vernie a fejét a földbe és a haematoma nyilván innét származott, az alsó szemhéjak vérzése pedig a bálától eredt. Nyilván a puha szalma az ütés helyén látható sérülést nem okozott, de a fejet elülső részén érte, ahonnan aztán a vérzés a szokott úton és módon 3 nap alatt az alsó szemhéjba vándorolt. Hogy a kissé görnyedt beteg a szalma súlya alatt nem csuklott össze, hanem hanyattesett, az is azt bizonyítja, hogy a lökés a homlok irányától érte a fejet. Valószínűleg a beteg a szalmát a padlásról ledobni készülő emberek zajára fölkapta fejét és ebben a helyzetben érte a bála, habár a beteg erre nem emlékszik. Mindenesetre a fejnek erős extenzióba kellett kerülnie ahhoz, hogy a haematoma hátul legyen, de még a fejtetőn keletkezzék.

Figyelembevétel a hypoglossus sérülésének a neurológiai vizsgálatból adódó helyét, a negatív Röntgen-leletet, a külső sérüléseket és a baleset összes most említett körülményeit, valamint a beteg

következetesen emlegetett subjectiv panaszait, joggal föltehetjük, hogy az atlanto-occipitalis ízületben hyperextensio következtében rándulás jött létre és hogy ez a csontelmozdulás sértette meg a hypoglossust. Hogy az enyhe hydrocephalus hajlamosságot képezett-e, nem tudom.

Érdekes még, hogy a beteg az izelés zavaráról is említést tesz, holott a vizsgálat folyamán a különböző ízféleségeket jól fölismerte. Ez onnét származhat, hogy a bénult nyelvfél nem tudta az ételeket úgy átgyúrni, átjární, mint azelőtt. Hiszen tudjuk, hogy az ételek íze azok alakjától, eloszlásától és a nyelvvel való érintkezés tökéletességétől is függ, pl. más egy kenyérgalacsin és más egy kenyérszelet íze vagy különböző a leves íze a szerint, hogy a benne lévő tészta kockára van vágva vagy metélt.

A bénult nyelv viselkedését részletesen írtam le, mert az a környéki hypoglossus-bénulásban esetenként különböző és ennek megfelelően az irodalomban is meglehetősen különböző, sőt részben ellentmondó leírásokat találunk. Ezért tartom érdemesnek a fényképek közlését is (melyeket Kolozsy Vilmos dr. egyet. gyakornoknak köszönök). Meg kell azonban jegyeznem, hogy a képek és a leírás egymás kiegészítésére vannak szánva, de még így sem érik el az élő kórkép igen szemléltető voltát.

Végül hangsúlyozom azt a legfontosabb két különbséget, mely a központi és környéki hypoglossus-bénulás közt mutatkozik s ami — ha nem is mindig — de többnyire megvan, rendesen igen feltűnő és amelyet mégis ritkán említenek. A központi bénulásban ugyanis a nyelv kiöltve inkább egész tömegében tekint el a góc oldalától csúcsával, míg a környéki bénulásban a nyelv inkább kampószerűen hajlik a bénult oldal felé. A nyelv hátrahúzásakor pedig az első esetben a két oldal közt alig van különbség és gyakran a művelet kétoldalt gátolt, míg az utóbbi esetben az elterülő, lapos beteg oldal mellett kipúposodó egészséges oldal a feltűnő. Ez utóbbi mindig organikus jelenség. A nyelv hátrahúzását még sem szokták vizsgálni, pedig ezt is azokhoz az egyszerű módszerekhez sorolnám, melyeket Babinski és mások nyomán organikus és psychogen elváltozások megkülönböztetésére ajánlottak. Sajnos, a vizsgálat nem lehet elég gyors és egyszerű a pénztári rendelések hajszájában, hol a mi betegünk bajának természete is hat hétig felismeretlen maradt.

Paragen a terhességi hányás gyógyszere.

Írta: Oppe Sándor dr. városi orvos, Pécs.

A terhességi hányás kóroktana és gyógyítása mindmáig vitás, lévén az eddigi kutatások mindkét szempontból nem eléggé kielégítőek. Ismétlések elkerülése végett utalok a Hetilap múltévi mellékleteinek 5., 6. és 7. számában Fekete, illetve Bíró közleményeire. A kielégítő megoldásnak tudományos, de különösen gyakorlati szempontból vitathatatlan fontossága van. Veit megállapította, hogy terhesség idején az anya véráramában syncytium-sejtek mutathatók ki, tehát magzati fehérje kerül az anyai szervezetbe. Az is ismert, hogy a trophoblast hatására a deciduasejtek és a trophoblast sejtei az átalakulási zónában feloldódnak. Gräfenberg kimutatta, hogy a bohólypép bontó hatása a IV. hónapban is kimutatható és a terhesség végéig ál-

landóan csökken. *Levy* és *Solal* pedig némely asszonyon a terhesség megszakitása után per eutem nyújtott foetuskivonatokkal ismételtén hányást tudott kiváltani. A paragen gyógykezelés megértése szempontjából mindezeknek döntő fontosságot kell tulajdonítanom, mivel ezzel a kérdés valószínűleg mind a kórtan, mind a therapia vonatkozásában véglegesen megoldható lesz.

A terhességi hányással kapcsolatban nem gondolhattam az eddig ajánlott antitoxikus gyógyszerekre, mivel azok thiosulphat, glutathion, resorcin, hexamethyltetramin, stb. tartalmuk miatt nem látszottak eléggé specifikusan organikus hatásúknak a sejtbontási termékekhez viszonyítva. Így gondoltam az eddig előadottak mérlegelése kapcsán az első esetben, hol már a művi megszakitás veszélye fenyegetett, a *Behringművek* »Paragen« nevű készítményére, melyet tudtommal eddig senki előtte ezen a területen meg nem kísérelt. Bár eddig csak öt esetről számolhatok be és a therapiában nem szerettem a »post hoc, ergo propter hoc« elvét alkalmazni, azonban a rögtöni hatás, melyet az első esetben állandó ellenőrzésem és felügyeiletem alatt végigfigyelhettem, arra indítanak, hogy a terhességi hányás therapiáját megoldottnak reméljem.

A *Behringművek* paragen nevű készítményére más betegségekben tapasztalt jó hatása után gondoltam. A készítmény a gyár ismertetője szerint ampullánként biológailag méregtelenítő polypeptidekből 4 mg-ot, nem fajlagos immunhatású fehérjehasadási termékekből 20 mg-ot, Surfenből (bis-2-methyl-1-4-amino-chinoly-6-carbamid hydrochloricum) 2 mg-ot, p-oxybenzoesavmethylesterből 2 mg-ot tartalmaz 2 cm³ bisdest, vízben oldva. A paragen az immunitást fokozza a szervezetben és bebizonyítottan baktérium- és toxinellenes hatással bír. Méregtelenítő hatása antitoxikus polypeptideken alapul, tehát organikus hatás, a szokásos fehérje kicsepő módszerekkel kimutatható fehérjét nem tartalmaz, így ismételt injiciáláskor anaphylaxiás jelenségeket nem okoz. A fehérje bomlástermékek nem fajlagos antigen és sejtactivator tulajdonsággal bírnak benne. A terhességi toxicosis szempontjából a bennelevő chinolin-hugyanyvegyület baktériumellenes hatásának tán nincs nagyobb jelentősége, azonban az immunitásnövelő nem fajlagos antigen és a polypeptidek biológiai méregtelenítő hatásának annál inkább, minthogy mind a humorális, mind a sejtes folyamatokra hatással lehet. Akár a reticuloendothelialis rendszer működésének, akár egy allergiás állapotnak vagy betegségnek fogom fel a terhességi hányást, a paragen mindenképpen jót tett, sőt a terhességi hányás gyógyszerének ígérkezett. Minthogy a polypeptidek méregtelenítő hatásán kívül a paragenben az antitoxikus védekezést fokozó sajátságok is érvényesülnek, az activ és passív nem fajlagos immunizálás egvéttműködésére számíthattam és így hatást reméltem pacienssem súlyos állapotában.

Esetemben egy 26 éves, először terhesről volt szó, akinek toxikus panaszai az első elmaradt hősáms első napjaiban kezdődtek és 7–8 nap alatt már elérték súlyosságuk tetőfokát: nem túrt meg semmi ételt, sőt később a Katzenstein-táplálást sem. Subfebrilis lett, depressió, hágyadt és elgyengült, 3 hét alatt 8 kg-ot fogyott, fonálszerű, szapora érveréssel, bilirubinaemiával, göresös hányással, a hányadékban vérfosztlányokkal, orr-, fogínyvérzésekkel hóralatti suffusiókkal, a bőrfelhámon exsiccosisos hámlással, nyálfolylással, rendkívüli szagérzékenységgel, stb. Kapott kezdetben otthon gravomitot, orexint, nautisan forte kúpokot, napjában 5×1-et, majd teljes intézeti elkülönítés mel-

lett calciumot, hypodermoclysis, glycoset, B₁ és C vitamint, majd Cortigent, egy-két órára átmeneti látszólagos eredménnyel, majd teljes visszaeséssel. Ez bizonyítja, hogy psychesen amit a grávida corrigálni képes volt, azt minden új szernél kis látszatjavulással corrigált, de a toxikus behatás ismételtén úrrá lett a szervezeten. Midőn már semmi sem látszott segíteni, szóba került ultima ratióként a művi megszakitás, melybe azouban nem akart beleegezni. Így kíséreltem meg a paragent. A psyches hatást kizárhattam, mivel előzőleg már az injectiók tömegét kapta és az újabb befecskendést eléggé fásultán fogadta, de szakvélemény szerint is egyáltalában nem volt psychopathiás jellegű. Terhessége második hónapja második felében volt kb. 10–12 kg fogyással. Naponta egy ampulla, 2 cm³ paragent kapott hét napon át farizomba. Az első napon estefelé már egy csésze hideg szűrt tejet elkorlyogtatott, melyet megemésztett és csak éjszaka volt egy tiszta gyomortartalomról álló hányása. Másnap még éhgyomorra is megismétlődött az, kevés vérfosztlánnyal. A második napon a befecskendés után már összesen 5 csésze hideg, szűrt tejet fogyasztott 5 per centkenti korlyogtatással és napközben az előző napok többszöri hányásával szemben nem hányt, csak ismét éjszaka, tiszta gyomortartalommal. Harmadnap reggeli hányása után 2 cm³ paragent kapott, majd tejet, zsemlyét, piskótát és burgonyapürét fogyasztott hidegen. Negyednap reggel ismét hányt, majd az előző napi táplálékok mellett egy borjúszeletet fogyasztott burgonyapürével. 5–6–7. napon ismét kapott 2 cm³ paragent. Reggel még hányt, de közérzete javul, életkedve visszatér, az eddigi ijesztő tartalmú álmok elmaradnak, nyugodtan, folyamatosan, álm nélkül kezd aludni, a reggeli hányással nem törődik, kívánsága szerint kap ételeket, már meleg ételeket is megtúr, rengeteg folyadékot fogyaszt (exsiccosis), lassan mozgási időszakokat is beiktathatunk, szűnőben van a rendkívül lassan javuló subfebrilitása, pulsusa, szív működése és ereje, test-súlya gyarapodni kezd.

A II. esetben egy 22 éves, először terhesnél már nem vártunk ily súlyos állapot kifejlődésére, hanem amint gyakoribb hányás, 5 kg fogyás stb. mutatkoztak, rögtön paragen-kezelésbe fogtuk. Hét injectiót adtunk és a hányás gyorsan megszűnt, úgy, hogy ma teljesen passzmentesen és örömmel viseli terhét. A psyches hatást itt is kikapcsolhatónak vélem, lévén egészen egészséges, egyszerűbb asszonyról (vasúti segédnője) szó.

A III. eset 21 éves, másodszor terhes nő esete, aki 1940-ben első terhességét 2 hónapos korában elvetélte, állítása szerint ismeretlen okból. Előző terhességében is hányt. Ez év február végén elmaradt hősáms után kezdett háyni, állandóan fáradt, gyomor- és toroknyomást érez, oldaltfekvéskor hányingere van, szagok iránt érzékeny, nyálfolylása van. Erverés, vérnyomás, hőmérséklet rendes, vizeletében semmi kóros. Kb. 3 kg-ot fogyott. Jelenleg 3-ik hónapos terhes. A harmadik kezeléskor kijelenti, hogy »amióta injectióra járok, nem is erőltet a hányás«. Állapota gyorsan javul, nyáladása már csak reggel jelentkezik, később megszűnik, ugyanígy szagérzékenysége is. A 6. kezelés után már nehezen emészthető ételeket is megtúr. Az első injectiók után 1–2 órára a gyomor felől a fej felé haladó hirtelen melegség érzésről panaszkodik, ami néhány perc múlva szabad levegőn megszűnik, ez a 6. befecskendezés után többé nem jelentkezik.

A IV. eset 24 éves, másodszor terhes, előző terhessége alatt a szülés napjáig hányt, kezdetben sokat, később kevesebbet, erős nyálfolylása volt. Nagyon lefogyott, szülése előtt is hiányzott még 7 kg eredeti súlyából, gyermeke 2.70 kg volt születéskor és ismeretlen okból rendes fejlődés után 11 hónapos korában hirtelen meghalt göresök nélkül. Jelenleg 3. hónapjában van, és május közepén kezdett háyni, erősen nyáladzik subfebrilis, vizeletben genny nyoma, érverés, vérnyomás rendes. Gyakran fáj a feje. Nem hiszi, hogy neki valami is használjon. A 3., 4. és 5. kezeléskor csak reggeli tiszta gyomortartalmú hányásról tud beszámolni, ptialismusa azonban csak lassan szűnik, a 6. befecskendés után ismét hányt, de nem mindent, a 7. injectió után ismét csak reggeli hányása volt, majd a közbeeső ünnepeken gombapörköltet evett, ezt sosem szerette, ki is hányt, éjszaka is hányt tiszta gyomortartalmat.

Makacs visszatérő hányása miatt 8. injectiót is kap, ami után már csak reggeli hányása marad még meg. Az V. eszt. 27 éves, másodszor terhes, terhességének 2. hónapjában van, egészséges lelkialkatú nő. Előző terhessége alatt keveset hányt, most azonban az ápr. 20-án kimaradt hószám óta állandóan hány, főként tiszta gyomortartalmat, semmi ételt sem kíván, ha erőszakkal eszik egy keveset, rögtön lefekszik és igyekszik nem gondolni a hányásra, mert minden étel után »keveredik« a gyomra. 8 kg-ot fogyott. Vérmomása, hőmérséklete rendes, érverés pereszám 96 fonálszerű, ritmusos, vizeletében semmi kóros; eddig sósavas pepsint, vasarsen tablettát szedett. A második befecskedés után erős szomjúság jelentkezik (exsiccatio), a negyedik után csak reggeli tiszta gyomortartalmat hány, nyálképződése szűnik, a 6. után is hány még reggel, de napközben már mindent eszik, nem hány, ingere is megszűnt, közérzete jó, érverése javult és egy hét alatt másfél kg-ot hizott.

Összefoglalás: A terhességi hányás kóroktanában a decidialis és a trophoblast sejtszétesési bomlástermékeknek kóroki szerepet kell tulajdonítani. Ezt bizonyítja a paragen nevű készítmény kiváló eredménye, midőn méregtelenítő hatású gyógyszerrel sikerült a terhességi hányást még előrehaladott szakában is megszüntetni. Az általam első ízben elért gyógyeredmények bizonyítják, hogy a paragent oki gyógyszerként foghatjuk fel. Ez azonban nem zárja ki az egyes vitaminok vagy hormonok kedvező hatását.

A m. kir. kecskeméti honv. csapatkórház közleménye.
(Kórházparancsnok: Simon Balázs orvosalezredes.)

A polyarthrititis rheumatica kezelése citrátos sajátvérrrel.

Írták: Sármasi Jenő dr. o. zls és Gaál Sándor dr. o. zls.

A typhus abdominalis ellen alkalmazott és leírt gyógymódot először a heveny polyarthrititisben alkalmaztuk, de nem volt egyszerre akkora beteganyagunk, hogy szerzett tapasztalatainkat közlésre alkalmasnak tarthattuk volna. Két év tapasztalata azonban már meggyőző erejű tényeket szolgáltat és az itt közöltek bizonyító erejűek lesznek az itt már röviden vázolt, heveny betegségekben alkalmazott sajátvérkezelés előnyös voltát illetőleg.

Polyarthrititisben már nemcsak nekünk, hanem gyakorló orvosoknak is módjában állott gyógyult eseteket észlelni. Mi kb. 100 beteget észleltünk ilyen szempontból és gyógyítottunk citrátos sajátvérrrel.

A lefolyás a fentiek szerint a következőképpen alakult: heveny forma, mely alatt értjük, ha két vagy több ízület duzzadt, aktív és passzív mozgathatóság nagy mértékben korlátozott, a beteg lázas, a vérsejtszüllyedés 25 mm-en felül van, a vérképben az eosinophilsejtek 2%-on rendszerint felül vannak, bizonyítván az allergiás állapotot. Ez a forma az, melyben úgyszólván tökéletes eredményt értünk el. A valószínű gyógyulás azonban nem száz, hanem néhány százalékkal kevesebb, mivel ide soroltuk a heveny formával kezelésre kerülő, de már más módon előzően kezelt és recidivált betegeket. Az így kezelt betegeink a sajátvéren kívül más gyógyszert egyáltalán nem kaptak, még borogatást sem, legfeljebb alkalmilag fájdalomcsillapítót, mely minden esetben morphin származék volt, nehogy a betegséget salicyllal befolyásoljuk.

A sajátvér injectiók száma igen változóan bi-

zonyult, mondhatni teljesen egyéni hajlam szerint változott, talán az allergia fokának, de semmiesetre a betegség súlyosságának megfelelően. Nem egy esetben a legkifejezettebb tüneteket (fájdalom, duzzanat, magas szüllyedés, láz) produkáló betegek 5–6 injectióra tünetmentesek lettek, míg az enyhébbnek látszó, de szintén heveny formákban 10 injectiónál is többet kellett adni. Kb. 60%-ban tíz, 30%-ban tízen alul, 10%-ban pedig 15 injectio volt szükséges a teljes tünetmentesség elérésére. A heveny stádiumban kezelés alá került és előzően semmi más kezelést nem kapott betegek recidivamentesen gyógyultak. A szokásos kezelés mellett így salicyl, különböző rokonpreparátumok, kevert gyógyszerek, heteroprotein therápia, stb., ha tünetmentesek is lettek a betegek, nagyon sok jelentkezett néhány hét vagy hónap múlva heveny vagy félheveny kiújulással, míg a tisztán citrátos sajátvér kezelésben részesült betegek közül egy sem recidivált. Csak azok a betegek recidiváltak, akiket vagy mi, vagy kezelőorvosuk gyógyszeres kezelésben részesített. Ezek voltak az úgynevezett félheveny formák. Az előbb elmondottak ezekben is nagyrészt érvényesek, tekintve, hogy csak a gyógyszeres kezelés valamilyen formájában részesültek, recidiváltak, illetve erre hajlamosak voltak. Ha azonban csak sajátvér kezelést kaptak, az eredmény a heveny formáéval volt azonos, s különbség mindössze a lefolyás tartamában volt, amennyiben a subacut minden esetben hosszabb lefolyásúnak bizonyult.

Idült esetekben a tiszta sajátvér kezelés vagy azonos, vagy rosszabb eredményű volt, mint a gyógyszeres kezelés. Megfigyeltük azt is, hogyha az idült eseteket sikerült némileg a sajátvérrrel megmozdítani, a gyógyszeres kezelésre már nagyon szépen reagáltak. Ugyanez áll a deformáló arthritisekre is. A kezelés közben nyert észleléseinket a következőkben foglalhatjuk össze:

Mikor a szüllyedés igen magas volt, meglepően hamar, mégpedig az első vagy második injectio utáni napra annak értéke a felére szállott le. A hőmérséklet csökkent vagy éppen láztalan lett a beteg. A fájdalmasság csökkent, de a fájdalom teljesen csak a további injectiók után szűnt meg. Hat injectio után rendszerint már teljesen elmaradtak a fájdalmak és a vérszüllyedés értéke normális lett. Ugyanezen időben a betegek szinte egyöntetűen fáradtságról, gyengébb szédülésről számoltak be, ami a sajátvéradás következtében beálló vérnyomás-csökkenéssel magyarázható. Nem egy esetünkben ilyenkor, különösen a subacut formában a betegség vándorló jelleget öltött. Esetleg olyan ízületek is megduzzadtak, amelyek eddig nem voltak megtámadva. Ezek azonban mindig csak átmeneti jelentőséggel bírtak. Figyelemreméltó az a körülmény is, hogy az első injectiók után a duzzadt ízületek meglepő gyorsan lappadni kezdtek. A hatodik injectio után fájdalom már rendszerint nem volt, vagy legalábbis is tompult. A hetedik injectiótól a tizedikig rendszerint visszatért a teljes mozgathatóság, mégpedig olyan mértékben, hogy erőteljes passzív mozgásra sem jeleztek fájdalmat a betegek. Tíznel több injectio csak subacut alakokban vált szükségessé. Tizenöt injectiónál többet sohasem adtunk. Az eosinophil sejtek csökkenése csak a kezelés után néhány héttel jelentkezett.

Példakép közlünk néhány jellemző esetet:

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi rk. tanár, közkórházi főorvos

A hallux valgus gyógykezelése.

A *hallux valgus* (h. v.) gyógykezelésének megértése céljából röviden reá kell mutatnunk ennek a deformitásnak a lényegére, okaira és kifejlődési mechanizmusára. A h. v. lényege a láb öregujjának (gacso) valgus irányú deviációja az I. lábközépcsontozathoz viszonyítva. Ép viszonyok között az öregujj tengelye többé-kevésbé az I. lábközépcsont tengelyének folytatását képezi, h. v. esetén azonban ez a tengely tompaszögű megtöretést szenved el. A szöglet csúcsa medialis irányba tekint, a megtöretés helye az öregujj alapízületében (I. metatarsophalangealis ízületben) van, s az ettől distalisán eső öregujj laterális (valgus) irányba tolódik el.

A h. v. oka részben a lúdtalp, részben a hibás cipőviselet. A lúdtalp keletkezése viszont egyrészt a csontok, szalagok és izmok teherbírási csökkenésére (öröklött szalaggyengeség, izomgyengeség, bénulás, angolkór, sérülés, stb.), másrészt a túlterhelésre (elhízás, terhesség, tartós állás és járás, nehéz terhek cipelése, hibás irányú megterhelés, stb.) vezethető vissza. A láb hátsó sarki része ép viszonyok között enyhe supinációban foglal helyet, a láb eleje viszont pronációban. A láb elejének a lábtő csavarodásához (torsio) viszonyított ellenkező irányú élettani csavarodása (detorsio) magyarázza az ép láb hosszanti boltozatának a kifejlődését. A lúdtalp keletkezésének lényege, hogy a lábtő a megterhelési aránytalanság folytán supinációból (varus-állás) pronációba (valgus-állás) kerül a talaj ellennyomása következtében s ezáltal lapul le a láb hosszanti boltozata. Lúdtalp esetén tehát az egész láb a talp hosszanti tengelye (H. Meyer) körül az élettannal ellenkező irányban csavarodik s ezzel együtt csavarodik az I. lábközépcsont is saját tengelye körül és pedig befelé, az öregujj viszont a talaj ellennyomása folytán ellenkező irányban, kifelé csavarodik. A hosszanti boltozat lelapulásával karöltve egyszersmind a harántboltozat is le szokott laposodni, mert a lábközépcsontok fejecseit egymáshoz rögzítő harántszalagok a megterhelési aránytalanság folytán meglazulnak. Emiatt a lábközépcsontok distalis végei legyezőalakúan eltávolodnak egymástól (terpeszláb, »Spreizfuss«); az I. lábközépcsont tehát befelé (varus irányban) tolódik el. Ezt az eltolódását az öregujj nem követi, hanem főképp a magassarkú és hegyesorrú cipő nyomása következtében kifelé (valgus irányban) tolódik el, elnyomva és deformálva a többi négy ujjat is (kalapácsujj).

A h. v. kifejlődésének oka tehát az I. lábközépcsontnak lúdtalp kapcsán való befeléfordulása és varus irányú eltolódása, illetve az öregujj ellenkező irányú elfordulása és eltolódása. Az eltolódás és elcsavarodás az öregujj alapízületében megy végbe s ha egyszer az egyensúly felbomlott, akkor az izomzat a dislocált inakkal együtt (adductorok, flexorok és extensorok) fokozza s végül rögzíti a kifejlődőben lévő deformitást (h. v. contractus). A tengelyeltérés fokozódása révén az I. lábközépcsont fejecse mediál felé részlegesen kificamodik (subluxatio), amit egyesek tévesen csontkinövésnek (exostosis) gondolnak.

A ficamodott fejecs részlet érintkezése megszűnik az öregujj alappercének ízületi felszínével, ami által fokozatosan elpusztul a fejecs porcfelszíne s ezután természetesen kisebb csontkinövések eltorzíthatják azt (arthrosis chron. deformans). A subluxált fejecs felett gyulladásos nyálkatömlő keletkezik, a bőr megfeszül, elvékonyodik s a rossz vérkeringés folytán gyulladásba jön, kipirosodik és megfagy. Ez a fájdalmas »bűtyökképződés« vezeti a beteget leggyakrabban az orvoshoz.

Amint láttuk a h. v. nem önálló kórkép, hanem csak részjelensége a lábszerkezet alakjában és működésében beállott zavarnak. Erre a gyógyítás kapcsán is tekintettel kell lennünk. Enyhébb h. v. esetekben, midőn a tengelyeltérés nem ér el nagy fokot és az öregujj hibás tartása passiv manuálisan jól corrigálható, megelégszünk conservatív eljárások alkalmazásával. Ilyenkor gipszminta után készült fémbetéttel kifelé döntjük a sarkot (supinatio) és emeljük az elülső harántboltozatot. Mérték után készült kerékorrú fűzős cipőt viseltetünk, melynek belső széle egyenesen halad előre. A cipő mértékvételekor az öregujjat és a többi ujjakat kiegyenesített (»redessált«) helyzetben tartjuk. Ezenkívül nappal ragtapaszkötéssel vagy harántpólyázással egymáshoz közelítjük a legyezőszerűen szétterülő lábközépcsontok fejecseit, ami által azok egymással megközelítően párhuzamos helyzetbe kerülnek s az addig összeszorított ujjak szétternek. Ez persze csak olyan cipőben lehetséges, mely bőven ad helyet a lábujjak számára. Éjjel gipszminta után fémből készült, bőrrel bevont »redressáló« sint viseltetünk, mely szíjak segítségével corrigált helyzetben rögzíti az öregujjat. Emellett fontos, hogy napjában legalább kétszer (reggel a cipő felhúzása előtt és este a cipő levételét után) passiv és activ lábtornát végeztessünk. A passiv redressáló gyakorlatokkal a betegnek a kezujjak segítségével többször egymásután egyenes helyzetbe kell hoznia öregujját. Az activ gyakorlatok célja az egész láb hibás helyzetének a javítása. A sok lúdtalpgyakorlat közül legfontosabb és legjobban bevált a láb külső szélén való járás talp felé görbített ujjakkal, mert ez egyéni magában a supinációt és dorsal flexiót (m. tib. ant.) a hosszanti- és harántboltozat emelését (rövid talpizmok) és az öregujj talpi hajlítását (m. flex. hallucis long.). Ez utóbbi tényező különösen hathatós ellenszere a h. v.-képződésnek. A bűtyök táján lévő gyulladásos és fagyásos tünetek ellen borogatás, meleg fürdők, kenőcsök, ecsetelés és röntgenbesugárzás útján küzdünk.

Ha ezek az eljárások önmagukban nem járnak eredménnyel, ha a h. v. súlyosabb fokot ér el és ha az öregujj a hibás helyzetben rögzítődött, vagy az öregujj teljesen merev (*hallux rigidus*, gyakran valgus-állás nélkül), a röntgenfelvétel pedig a lábközépcsont fejecseinek pusztulását és az ízületi rés megkeskenyedését mutatja, végül, ha a beteg fájdalmait kibíratatlanok és ezáltal járásképtelenné vált, akkor a műtét javalt. Műtét ellenjavallatot képez a beteg magas kora, rossz általános állapota, vagy a bűtyöktáji fagyás, bőr- és nyálkatömlőgyul-

ladás. Utóbbi esetben először elmulasztjuk ezeket a másodlagos tüneteket és csak néhány hónappal később végezzük el a műtétet. Általában ezért nem kedvező kora tavasszal végezni a műtétet *h. v.* esetén; a nyár vagy kora őszi alkalmasabb időpont a *h. v.* műtéti gyógykezelésére.

A műtét kivételét illetően igen eltérők a nézetek. Nem akarunk ezen a helyen a műtéti eljárások végtelen felsorolásába és bírálatába bocsátkozni, megelégszünk ezeknek a rövid csoportosításával.

Első csoportot az inátültetésből, illetve tokszalagplastikából álló lágyrészműtétek képezik, melyek közül az *Erlacher* és a *Matheis*-féle, illetve a *Silver*- és a *Payr*-féle érdemel említést.

A *Hohmann*-féle műtét, mely az inátültetést osteotomiával köti össze, átmenetet képez a következő csoporthoz, mely az első lábközepesont extra-articularis átvésésével akarja a deformitást kiegyenlíteni. Idetartoznak a *Ludloff*-, *Erlacher*-, *Mau-Deutchländer*-, *Barker*-, *Reverdin*-, *Balescu*-, *Loison*-féle műtétek, melyek csak az osteotomia helyére és irányára nézve különböznek egymástól.

Az eddig említett eljárások mind érintetlenül hagyják az öregujj metatarso-phalangealis ízületét, félve a fertőzés veszélyétől. Nem veszik azonban figyelembe a metatarso-phalangealis ízületben hallux valgus esetén fennálló incongruentiát, sőt subluxatiót, mely előbb-utóbb súlyos arthritis deformans von maga után. A helyzetet teljesen félreismerik azok a műtők, akik a hallux valgusban csak kosmetikai hibát látva a metatarsusfejecs subluxált részét »exostosis« címén egyszerűen levésik s ezzel a kérdést megoldottnak tekintik.

Az ízületi incongruentiát, illetve az ebből eredő hibás funkciót csak a műtétek harmadik csoportja veszi figyelembe, melynek lényege az ízület újjáalakítása: az arthroplastika. Épp ezért ezt az eljárást a hallux valgus radikális műtétének kell tekintenünk, mely a súlyos hallux valgus esetek meggyógyítására egyedül alkalmas. Az arthroplastika a deformált metatarsusfejecs resectiójából és alakításából áll. Ebbe a csoportba tartoznak a *Hueter*-, *Lexer*-, *Mayo*-, *Albee*- és *Gocht*-féle eljárások.

A *Gocht*-féle műtétet (1926 óta) számtalanszor végeztem, mindig jó eredménnyel és mivel az I. lábközepesontfejecs resectiójának különböző módosításai ma a legáltalánosabb elterjedtségnek örvendenek, a legmelegebben ajánlhatom ezt az eljárást. A műtétet helyi érzéstelenítésben végezzük. Menete a következő:

1. A bőrmetszést a láb mediális oldalán, hosszirányban, az öregujj alapízületének megfelelően vezetjük. Nagyfokú bőrkeményedés esetén azt az alatta lévő nyálkatömlővel együtt tojásdadmetszéssel kiirtjuk. Vigyáznunk kell arra, hogy a bursa meg ne nyíljon és hogy annak a gyakran fertőzött tartalma a sebbe ne kerüljön.

2. Ezután az ízületet keresztalakú metszéssel megnyitjuk.

3. A tokszalagnak így támadt négy sarkát szét-hajtva a metatarsusfejecset kibuktatjuk.

4. A fejecset néhány vésőcsapással és Luer-féle csípővel alakítjuk, majd csontreszelővel lesimítjük. Ezután a tokszalag négy sarkát kereszttezett öltésekkel egyesítjük és szűkítjük, végül pedig a bőrt csomós öltésekkel varrjuk.

Ankylosis, melytől egyesek félnek, már csak

azért sem következhetik be, mert az öregujj első percének ízületi porcborítéka sértetlen maradt.

A műtét célja, hogy az I. lábközepesontot a megrövidült lágyrészekhez adaptálja. Tehát annyit kell a fejecsből resecálnunk, hogy az új fejecs reponálható legyen és hogy a tokszalag szűkítése után a hallux a corrigált helyzetben, a metatarsus tengely egyenes folytatásaként magától megálljon. Túlságos sokat nem szabad resecálnunk, nehogy az I. metatarsus a sesamesonton támaszkodását elveszítse.

Műtét után a halluxot megfelelő fatalpon kettéhasított gipsztalpon vagy a *Mészáros Károly*-féle drótsínnel adducált, tehát túlcorrigált helyzetben rögzítjük 10–12 napra. Már a 8. napon megkezdjük az ízület passiv mozgását. Mihelyt talpra áll a beteg, lúdtalpbetétet adunk neki harántemeléssel, éjszakára pedig a redressáló sinecskét, mely az öregujjat túlcorrigált helyzetben tartja. Feltétlenül el kell tiltanunk a beteget régi, rosszul szabott cipőinek viselésétől, különben baja előbb-utóbb recidivál.

Kétoldali hallux valgus esetén idősebb egyéneknél ajánlatos a két lábat két külön alkalommal megoperálni, az egyes műtétek közt legalább háromhavi időközlet hagyva eltelni, mert különben nehezen tanulnak meg a betegek járni.

Fontos a hónapokig tartó utókezelés, mely a már említett lábtornából áll. Ha ezt rendszeresen és pontosan elvégzi a beteg és az előírt betétet és cipőt is hordja, akkor nem kell félnünk sem az öregujj merevségétől, sem a deformitás recidivájától.

Kopits Imre dr. egyet. c. rk. tanár,
klinikai főorvos.

Szivtherápia az öregkori tuberkulózisban.

Az öregkori gümőkór a phthiscologiának sok szempontból nagyjelentőségű kérdése. Egyik legfontosabb az, hogy lappangó, s a jellegzetes tünetek hiánya miatt hosszú ideig nem ismerjük fel, noha legtöbbször erősen fertőző váladéktermeléssel jár s nem tévedünk, ha az öregkori tuberkulózist a gümőkór terjedésének egyik legalattomosabb és legveszélyesebb tényezőjeként tekintjük. De vitathatatlanul egészen különleges helyi meg sajátos pathológiai, terápiás és prognosztikai vonatkozásai miatt is.

Nem lehet azonban célunk, hogy ezeket az igen érdekes és szövevényes sajátságait és a talán még bonyolultabb immunbiológiai viszonyait boncolgassuk, hanem csupán a terápiájának egyik speciális irányelvére szeretnénk a figyelmet felhívni. Mondanivalónk nem vonatkozik az öregkorban aránylag ritkábban előforduló akut és hyperakut lefolyású tuberkulózisok terápiájára, hanem kizárólag a jellegzetes u. n. „Alterphtise“ esetekről kívánunk szólni, amelyekben a kiterjedt hegesedés, indurálódó elváltozások erősen csökkentik a légzőfelületet és ezáltal a kisvérkörben jelentős pangást idéznek elő. Márpedig ezzel a komoly megterheléssel az öregkori sklerosis, valamint a tuberkulózistoxin hatására degenerált szívizom rendesen nem sokáig képes dacolni.

Amint közismert, hogy a kisvérkőri pangás — pl. vitium esetén — fiatalkori tuberkulózisban nem kedvezőtlen körülmény, ép annyira tudott dolog en-

nek ellenkezője az öregkori tuberkulózisban. Ugyanis míg az első esetben a kisvérkör pangása, másodlagos lévén, szorosan összefügg a gazdaságos compensációs szívmechanizmussal és csupán egy bizonyos — ha szabad mondanunk — optimális fokot ér el, addig az öregkori nagy zsugorodással járó, folyton fokozódó elsődleges pangás amellett, hogy mind több és több munkát ró a szívre, még váladékszaporalatra és következményes, nem specifikus gyulladásokra is vezethet. Különösen fontosak az utóbbiak, ha figyelembe vesszük, hogy az ilyen zsugorodó természetű folyamatok sokszor súlyos bonctani elváltozásokat — szűkületeket, tágulatokat — hoznak létre, amelyek a váladékpangás mellett nem ritkán végzetes tályogoknak, nekrosisoknak lehetnek előidézői.

Mindezek és még sok más itt fel nem sorolt elgondolás és tapasztalat szól amellett, hogy az öregkori phthisis eseteiben a fokozódó kisvérköri pangás igen kedvezőtlen jelenség, miért is minden igyekezetünkkel annak megszüntetésére vagy legalább is enyhítésére kell törekedni.

A kisvérköri pangást előidéző ok, a zsugorodás, közvetlenül alig és közvetve is csak a gyulladás csökkentésével és a váladékürítés elősegítésével mérsékelten befolyásolható. Következésképpen a terapia középpontjában nem is annyira a specifikus folyamat, mint inkább a hajtóerőt szolgáltatató szívizom áll. A nagy baj azonban ott kezdődik, amidőn a szívizom maga is már annyira beteg, hogy a szokásos gyógyszereléssel nem sikerül megfelelő és tartós eredményt elérni.

Néhány évvel ezelőtt, amidőn értesültem Törőnek a *corrhormon*-nal végzett élettani vizsgálatairól, elhatároztam, hogy a vezetésem alatt álló szkf. II. kerületi tüdőbeteg gondozó intézetben szép számmal kezelés alatt álló öregkori gümőkóros betegeken kísérleteket végzek. Be kell vallanom, hogy a kezdeti eredmények egyáltalában nem voltak egyöntetűen jók, de később és főleg az utóbbi időben mind meggyőzőbbé váltak, miért is nem lesz felesleges, ha a *corrhormon* terapia indokolt esetben alkalmazására a figyelmet felhívjuk. Felesleges lenne itt újra rámutatni a *corrhormon*nak Törő által megállapított és részletesen leírt tulajdonságaira, csupán azt kell kiemelni, hogy saját tapasztalataink szerint a beteg szívizomra nemcsak határozott és objektíve regisztrálható kedvező hatást tud kifejteni, hanem más, előzőleg már hatástalan gyógymódok számára is újra alkalmassá tudja azt tenni.

Rátérve számos esetünkben tett tapasztalatainkra, az alábbiakban két érdekesebbet ismeretünk.

1. 66 é. 56 kg-os, lesoványodott, magas férfi, évek óta fennálló köhögéssel, köpetürítéssel és utóbbi időben fokozódó nehézlégzéssel panaszokkal. Fél év alatt 16 kg-ot fogyott. Ezt megelőzőleg sokáig volt beteg. Röntgen-kepe kétoldali, főleg a felsőlebenyekre terjedő hegesedő, öregkori tuberkulózisnak felelt meg. Megállapítható volt a mediastinumnak bal felé mérsékelt dislocatiója, valamint a szív közepes megnagyobbodása. Az alsó lebenyekben kifejezett volt a bronchitis. A köpetben bőven voltak gümöbacillusok. A vizeletben 3% a cukor, de acetoni nincs.

Tüneti, diéta-kezelésre állapota szemlátomást javult; jó toleranciája cukormentesítését kis szénhidrát megszorításra lehetővé tette. Fél év alatt 9 kg-ot hízott. Bronchitise erősen csökkent, de köpete változatlanul fertőző maradt. Vidékre távozott.

Körülbelül 1 év múlva visszaköltözött a fővárosba és köhögése, nehézlégzése miatt újból felkereste az intézetet. Köpetét alig bírta felköhögni, mellékesen

csekély mellkasi fájdalomról is tett említést. Testsúlya nagyjában változatlan maradt.

Tüdejében a hegesedés még kifejezettebb lett, ugyancsak a mediastinum dislocatiója. Az alsó lebenyek légartalma fokozódott, a szívárnyék pedig tovább nagyobbodást nem mutatott. Az alsó lebenyekben jelentős bronchitis volt kimutatható. A köpetben bőven voltak gümöbacillusok. A vizeletben csupán mérsékelt mennyiségű fehérjét találtunk.

Tüneti kezelésre újra gyorsan javult. De két hónap elteltével egy éjjel erős anginás rohamot kapott és hasonló rohamok egyre gyakrabban ismétlődnek. A szívárnyék újból nagyobb lett, szív működése arhythmias, a vérnyomása 175 Hgmm-ről 155 Hgmm-re szállt le. Ekg. a szívizom bántalma mellett szólt.

Többféle eredménytelen kezelés után 35×2 cm² *corrhormon* adtunk, erre rohamai mindinkább gyengültek, végül elmaradtak. Néhány hónap múlva az Ekg.-ben is számottevő javulás mutatkozott. Két év óta mindössze két kisebb és egy nagyobb rohamra volt.

Eddig összesen három ízben kapott *corrhormon*-kúrát. Jelenleg, bár a tüdőben fokozódott a hegesedés és a mediastinum dislocatiója, panaszai lényegesen csökkentek. Alig köhög és köpete is igen kevés. Gümöbacillusokat festési eljárással már hosszabb idő óta kimutatni nem tudtunk. Kímélő életmódját folytatva ezidő szerint (70) éves jól érzi magát.

2. 69. é. 76 kg-os nő. Fiatalkorában »tüdőcsúshurutja« volt és izzadmányos mellhártyagyulladás ment keresztül. Évek óta kínzó köhögése és a legkisebb megfázásokkor nehézlégzése van. Egy nappal jelentkezése előtt takarítás közben lehajolt és ezt követően körülbelül fél órán át vért köpött. Felvételekor subfebrilis.

Röntgennel kétoldali, de különösen a jobb oldalra kiterjedő túlnyomórészt erősen hegesedő-zsugorodó természetű öregkori tüdőgümőkört állapíthatunk meg nála. A szívárnyék jelentősen megnagyobbodott, a rekesz pedig fel volt téve. Főleg az alsó lebenyekben erős bronchitist találtunk. A köpet erősen Koch pozitív.

Vizeletében 1/2 ezelek a fehérje. Vérnyomása 145 Hgmm. Arrhythmia perpetua. Általában mérsékelt *decompensatio* volt előtérben Ekg. kifejezett szívizombántalmat jelez.

Megfelelő életmód és gyógyszerelés mellett *corrhormon*-kezelést kezdünk, amire 5 hét alatt teljesen compensálódott; bronchitise, kínzó köhögése, sőt köpete is erősen csökkent s benne bacillusokat csak igen gyérén lehetett kimutatni. Subfebrilitása, arrhythmiaja elmaradt. Erősen ingadozó vérnyomása 190 Hgmm körül stabilizálódott. Ekg.-je egy idő múltán szintén kedvezőbb lett. Vizeletében fehérjét csak nyomokban találtunk. Jelenkezése óta immár 22 hónap telt el és ezalatt csupán egy ízben volt szükség a *corrhormon*-kezelés megismétlésére.

Tüdőlelete jelenleg — ami a váladék *productio*t illeti — erősen javult, noha a hegesedés még kifejezettebbé vált. Köpetében Koch-bacillusok csak igen kis mennyiségben és csak elvétve találhatók. Közérzése jó és annak ellenére, hogy háztartásában énnégy dolgozik, mint azelőtt, szíve teljesen compensált maradt.

Az ismertetett két esetben kívül számos hasonló-ról tudnék még megemlékezni, de az igazság kedvéért nem szabad négy teljesen refractaer betegünket sem elhallgatni. Azt, hogy mi volt a hatástalanság oka, legtávolabbról sem sikerült megállapítani. Mindenestre az okot egyedül a szívizom állapotában keresni nem volna helyes, annál is kevésbé, mert más hasonló, sőt súlyosabb esetekben is sikerült kedvező hatást elérni.

Említésreméltó továbbá, hogy a kezdeti, nem kifogástalan eseteink, későbbi kezeléseik folyamán jórészt kielégítően alakultak. Magyarán az egyfelől az szolgálhat, hogy első időben talán nem alkalmaztuk elég ideig s nem is kellő nagy adagokban a *corrhormon*, de másfelől az sincs kizárva, hogy a praeparátum első sorozatainak stabilitása, illetve fehérjementessége körül valamelyes zavar lehetett. A mai készítmények megbízhatósága azonban már nem vitás.

A corhormont eseteink legnagyobb részében 40–80 cm³-es mennyiségben, nem ritkán napi 2 cm³-es adagokban alkalmaztuk. Teljesen veszélytelennek bizonyult és nem találkozunk ellenjavallatával. Nem zárja ki más gyógyszerek egyidejű alkalmazását sem. Ez utóbbi körülmény különösen azért fontos, mivel maga a corhormon nem rögtön ható, hanem teljes hatását csak napok, helyesebben hetek múlva kifejtő gyógyszer és nincs akadálya más, azonnali effektussal bíró szerek simultán alkalmazásának. Külön ki kell emelnünk még azt, hogy a gümös folyamatra nem csak hogy káros hatást nem fejt ki, hanem az erősen pathologikus keringési viszonyok megjavításával azt kedvezően befolyásolja.

Végül ami hatásának tartósságát illeti, szabályszerűséget találni nem tudtunk, úgy látszik, ez teljesen egyéni és szükségképpen nem áll a szívízümbántalom súlyosságával sem összefüggésben. Tapasztalataink legfeljebb arra utalnak, hogy újabb kezelés rendszerint csak kb. 1/2–1 év elteltével válik szükségessé.

Mindezek alapján, véleményünk szerint, az öregkori tüdőtuberkulózis erősen zsugorodó alakjai közül mindazon esetekben, amidőn a kisvérkörben káros hatású, kifejezett keringési akadály, vagy pangás jelentkezik, illetőleg mikor első jeleit látjuk az elégtelen szív működésnek, kellő adagban alkalmazott corhormonnal nemcsak, hogy tünetileg segíthetünk, hanem a gyógyulásra kedvezőbb feltételeket teremthetünk.

Szörényi Richárd dr.

a II. ker. Tüdőgondozó Intézet főorvosa

A fertőző sárgaság új gyógyítása.

A háborús betegségekről mind több és több szó esik. Így a fertőző sárgaságról is, amelynek a gyógyításában azonban seholy sem kísérelték meg a reconvalescens vér hatását. Az alábbiakban ezt ismertetem.

1942 őszén egy Sárospatak melletti munkatáborban mintegy 50 sárgaságot volt alkalmam észlelni. A betegség halmozott volta és az, hogy a szalmán egymás mellett fekvő csoportokban fordult inkább elő, a betegség fertőző jellege mellett szólt. A klinikai tünetek jellegzetesek és közismertek voltak, ezért nem is akarom azokat részletezni. A betegség hevességére jellemző volt a magas, sokszor 40^o-ig emelkedő remittáló lázmenet.

A fertőző jelleg adta azt a gondolatot, hogy az egyik igen hevesen, ételundorral, hányással kezdődött esetben (dr. B. I. orvos), a betegség 39^o lázzal járó második napján 20 cm³ reconvalescens vért adtam izomba. A beteg vizelete urobilinogen és bilirubinra már erősen pozitív volt, sklerája már sárgult, széklete acholiás volt.

A vért adó 7 héttel ezelőtt betegedett meg s hepatitisre már megszűnt. Eredeti betegsége az enyhébbek közül való volt. A vértadáskor széklete acholiás már nem volt s vizeletében urobilinogent és bilirubint kimutatni már nem sikerült, de sklerája még kissé sárga volt.

Az volt a feltűnő — és ezért tartottam ezt az egy esetet is közlésre érdemesnek, — mert a 20 cm³ reconvalescens vér befecskendezése után 2–3 nap-

pal a hepatitis valamennyi kellemetlen tünete, valar mint a láz, acholiás széklelet, bilirubinos vizelet mind megszűntek. A beteg étvágya visszatért, holott mindezen kísérő jelenségek tovább szoktak fennállani. A sárgaság a sklerák kezdeti sárgaságánál tovább nem fokozódott, hanem hamar megszűnt. Úgy látszott, hogy a kórkép kedvező és gyors lefolyása a reconvalescens vérnek tulajdonítható.

Az aránylag nagy anyagon csak egy esetben kísérelhettem meg ezt a gyógymodot, mert laboratorium híján nem volt alkalmam a vértadás előtt szükséges Wassermann-reactiót elvégezni. Ezért nyugodt lelkiismerettel a gyógymodot nem folytathattam, de megfelelő helyen kipróbálása és megfigyelésem ellenőrzése nagyon érdemesnek látszik.

Frank György dr., műtőorvos

Orvostörténeti jegyzetek.

Townson Róbert könyve Magyarországról. Ez az angol természettudós öt hónapig járt hazánkat s olyan könyvet írt róla, melyet mindenki élvezettel olvashat. A könyv címe: *Travels in Hungary* (London, 1797), utazás Magyarországon. Ötszáz oldalas, hatalmas munka, Magyarország színes térképével és 16 rézmetszettel. Bécs felől jött. Komáromon át Pest-Budára. A fővárosról többek közt elmondja (a 78-ik lapon), hogy kórházak dolgában nagyon szegényes. Az egyetem kórháza jó, de kicsi, legfeljebb 12–15 beteget vehet fel, a városi kórház pedig, melyet polgári kórháznak (*burgers hospital*) neveznek, a legrosszabb európai kórháznak mondható. »Minden, ami benne van, az épület, a bútorok, az ápolók, stb., stb. hitvány, bűdös és piszkos. Egy kis szobában, melyben nyolc ágy van, egyetlen kis ablak látható, pedig nyári meleg van. Egy szegény (félíg halott) beteg arcán legyeket lát-tam s mikor közeledtem feléje, az egyik páciens figyelmeztetett, hogy már a végét járja. Ha II. József látta volna ezt a kórházat, az emberi érzés nevében megszüntette volna. Hiszen itt is vannak katolikus szerzetesek, melyek szívesen vállalnák a betegápolás súlyos, de humánus feladatát. Az egyetemnek 20.000 font évi jövedelme van a vagyona után, melyből 4000 a tanárok fizetésére fordítatik. A természethistóriai múzeum, mely Piller tanár gyűjteményét is magában foglalja, a legszebb európai gyűjtemények sorába tartozik. Az egyetemi könyvtár szép tágas teremben van elhelyezve, de nagyon kevés modern munkával és én úgy láttam, hogy kevesen látogatják.« Azután Debrecen felé vette útját a szerző, melyről azt mondja, hogy város a címe, de azért falunak kell tekinteni, Európa legnagyobb falujának. A magyar királyság legnagyobb kollégiuma itt van. Ezenkívül híres még a város a szappanáról, kenyéréről, a gubdáról, pipájáról és a vásárjairól. A 240-ik lapon aitan részletesen elmondja, hogy hogyan kell készíteni a jóféle debreceni szappant. A 242. lapon a nagyszerű debreceni kenyeret, melynél fehérebb és ízletesebb kenyeret életében sem evett, de akkora kenyereket se látott még, mint itten. Végül megemlíti még, hogy 4 vagy 5 olyan úrral találkozott Debrecenben, aki járt Angliában: az a szokás járja a kálvinistáknál, hogy valamelyik külföldi protestáns államba látogatnak el; némelyek Hollandiába, mások Svájcba vagy Nagy-Britanniába. Egy Benedek nevű lelkész jól ismeri a cigányok (*ziguiners*) nyelvét s ő mondta, hogy mikor Angliában járt, nagyon jól megértették őt az angol cigányok, mikor ezen a nyelven érintkezett velők. Dr. Veszprém (Veszprémi), a város legöregebb orvosa is Angliában, talán Edinburghban végezte tanulmányai egy részét.

M. K. Gy.

Az egyetemek székhelyén készült dolgozatokat az ottani egyetemi szakbizottság képviselőihez kell küldeni, a szerkesztőség csak az ő véleményük alapján fogad el közlésre kéziratokat.

K. I. 24 é. Hétnapos betegsége hidegrázással kezdődött, ami azóta is többször jelentkezik. Fájdalmassá vált a bal térde, ez áterjedt a másik térdére és a csukló ízületeire, melyek három napja duzzadtak, aktív és passív mozgathatóságuk nagyon korlátozott, igen fájdalmas. Vérsüllyedés: 98 mm. Vérvételen eosinophil sejtek 4%, egyébként semmi kóros. Hőmérséklet: 37,5; Három injekcióra a fájdalmasság, valamint a duzzanat vándorló jellegű lesz. Hőm. max. 38,2; a IV. injekció után a térdizületek fájdalmassága csökkent, a csuklók még fájdalmasak. Vérsüllyedés már csak 9 mm. A VI. injekció után a közérzet lényegesen jobb, spontán fájdalom megszűnt, láztalan. A VII. után fent jár, fájdalom már csak erőltetett mozgatkörrel jelentkezik. A X. után néhány nappal panasz és tünetmentesen kibocsátjuk.

T. J. 23 é. beteg térdéi, könyöke, bokái fájnak egy hónapja, utóbbiak dagadtak, járni alig tud. Vérsüllyedés: 27 mm. Az I. injekció után a vérsüllyedés 5 mm-re csökkent. A III. után a bal láb duzzanata elmúlt, rá tud lépni, már csak a balkönyöke fájdalmas. A IV.—V.—VI. után a mozgások egyre szabadabbak, fájdalom minimális. A VIII. után a megtámadott metatarso-phalangeális ízület fájdalmas, de nem duzzadt. A X. után panasz és tünetmentes.

V. I. 22 é. betegnek egy hete fájdalmassá vált és megduzzadt a bal könyöke, három nappal később a bal bokája és térde. Majd a jobb térde és bokája. A duzzadt ízületek igen fájdalmasak, alig tud lábra állni. A jobb térd- és bokaizület mozgatkör reeseg. Temp. 38,2. Vérsüllyedés: 46 mm. Vérvételen az eosinophil sejtek 4%, egyébként semmi kóros. Másodnaponként 20 cm³ citrátos sajátvért kap. Az I. injekciót követő napon a duzzanatok növekednek a fájdalmasság erősödik. Láz: 37,9; a II. után temperatura 37,2; duzzanatok és fájdalmasság csökken a bal térdizület kivételével. A III. injekció után láztalan, minimális fájdalom, mely már csak a bal térdben jelentkezik. Az V. után a vérsüllyedés 25 mm-re szállt le. Fájdalom már csak a bal térd erősebb mozgatkörén és járáskor jelentkezik, de igen kis mértékben. A VI.—X. injekciók között állandó javulás, a XI. után a vérsüllyedés 6 mm. Panasz- és tünetmentes.

S. E. 22 é. két hét óta beteg. Mindkét karjának, lábának fájnak az ízületei és a csontjai, térde és bokaizületei duzzadtak. Mindkét térdizület, valamint kézizületei, melyek felett gombostűfejnyi körülírt vöröses elszíneződések vannak, duzzadtak, mozgatkör igen fájdalmasak. Láz: 38. Vérsüllyedés: 56 mm. Vérvételen az eosinophil sejtek 5%. A gyógykezelést naponta adott 10 cm³ citrátos sajátvérral kezdjük. Az I. injekció után a vörös elszíneződések megszűntek, tibiákban a fájdalom csökkent, az ízületek még változatlanok. A II. injekció után az ízületek érzékenyebbek, a következő napon a vérsüllyedés már csak 28 mm. A harmadik injekció után fájdalom alig van, éjszaka azonban lüktető fájdalmat érez. A hatodik injekciót kétszeres, tehát 20 cm³ vérral végezzük. A következő napon a bal alsó láb fájdalmasabb, a térdizületek fájdalmassága azonban megszűnt. A VII.—IX. injekciók után állapota azonos. A X. injekció után fájdalom megszűnt, duzzanatai eltűntek, mozgásai szabadok, vérsüllyedése 8 mm. Panasz- és tünetmentes.

Összefoglalás: Igen jónak, gyors hatásúnak, recidivamentesnek mutatkozott a kezelés teljesen heveny megbetegedésekben. Visszaesést egy esetben sem láttunk. Jó, de kissé elhúzódó a subcutan alakokban, ha azonban gyógyszerrel már kezelték őket, a recidivával számolni lehetett. Mint bevezető és előkészítő terápia, jól bevált chronikus polyarthritiben is. Ez esetben azonban a kezelést ki kellett egészíteni az eddig szokásos gyógymódok egyikével.

Szövődményeket nem észleltünk.

A következőképpen jártunk el: 4 cm³ 3,80%-os natr. citrát oldathoz 16 cm³ vért szívunk, azt négy részre elosztva, a két kar és a két comb izomzatába fecskendeztük másodnaponként.

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Gömöri Pál és Binder László.

Rövidhullám sulfapyridinanuriában. Rogan és Cruickshank. Brit. med. J. 1942. (Érk. Sandoz—Basel révén. Egy esetükben 15 g sulfapyridin után anuria. A vesék rövidhullámú kezelésére az anuria megszűnt. (G. 19.) Gömöri dr.

A nicotinsav és az aneurin viszonyáról. Claudio Mulaguzzi Valeri. (Klin. Wo. 1943, No 22/23). Az aneurin és a nicotinsav egymás hatását támogatja akkor, ha az élettani viszonyoknak megfelelő mennyiségben vannak a szervezetben. Túlságosan nagy adag aneurin gyógyszeres bevétele után azonban tipikus pellagra keletkezhetik. Ha tehát valamilyen vitaminból az élettani szükségletet meghaladó mennyiséget adunk, akkor ügyelnünk kell arra, hogy ez a fokozott vitaminbevitel ne legyen egyoldalú, hanem az egymással kölcsönhatásban lévő vitaminok viszonya az élettani mennyiségek keretein belül maradjon. Egyoldalú fokozott vitaminbevitel következményes hibás vitamínarány folytán a vele kölcsönhatásban lévő vitamin hiányára utaló tüneteket okozhat, anélkül, hogy a szervezet ez utóbbi vitaminban valódi hiányt szenvedne. (G. 27.) Molnár István dr.

A rheumatismus kórtana az allergián tükrében. Fr. Klinge. (Münch. med. Wschr. 1943, 1. 2. sz.) Rheumatismus eredetűnek csak azt a betegséget tekintik, amelyben rheumás csomó (granuloma) képződik. Az a tény, hogy a legkülönbözőbb antigenek (coccus, bacillus, vírus, idegen fehérje) ugyanezt a szöveti reakciót (rheumás granuloma) hozzák létre, egyedül a szervezet allergiás áthangolódásával magyarázható. Kísérletekkel bizonyítja, hogy a rheumatismus keletkezésének elengedhetetlen előfeltétele a szervezet sensibilizálása; ezt ismétlődő heveny fertőzés, ill. valamely gócból ismételt kiáramló toxin váltja ki. Különböző antigenhatás ellenére is a betegség kórszármazása tehát mégis egy-egy. Az allergiás-rheumás reactio-készség öröklött hajlamon alapuló szerzett tulajdonság. (B. 21.) v. Benárd Miklós dr.

Az idősült ízületi betegségekről. J. Kowarschik. (Wien. Med. Wschr. 1942, 52. sz.) Az elsődleges idősült sokizületi gyulladás (primaer chronikus polyarthrititis) és az arthrosis deformans gyakran ugyanabban az ízületben együtt fordul elő, mert az arthrosis, mint locus minoris resistentiae, az arthrititis kifejlődésére kedvező előfeltételeket teremthet és fordítva. Az arthrosis legtöbbször nem önálló betegség, hanem a betegségnek csak egyik tünete. Az idősült ízületi gyulladásban a fertőzés góciát nem találják meg. Ilyen esetekben a »góc« kiirtásával elért jó eredményeket fenntartással fogadják. Az arthrosis kórszármazásában a mechanikai tényező a döntő. Az idősült ízületi betegségeknél legtöbbször csak tüneti kezelést végezhetünk és a legjobb esetben a baj előhaladását késleltethetjük. Az ingerkezelés feladata a szervezeten még jelenlévő védekező erők mozgósítása. A sokféle vegyi és fizikai inger alkalmazásakor nem annyira az inger minőségén, mint inkább annak mennyiségén, vagyis adagolásán van a hangsúly. Ingerkezelést csak abban az esetben végez, amikor a szervezet még védekező erővel rendelkezik. Ellenjavallt az ingerkezelés akkor, amikor az erők kimerültek, illetőleg amikor az összes erők már ingerkezelés nélkül is mozgósítva vannak, azaz a szervezet tartalékokkal többet nem rendelkezik. (B. 18.)

vitéz Benárd Miklós dr.

DIGESTOL

Klinikailag kipróbált és évtizedek óta bevált

gyomor- és bélregulátor

Emésztésvajtó, savkötő és enyhén hashajtó tulajdonságai folytán hyperaciditas, gastrointestinalis zavarok, gyomorbélhurut, gyomor-atonia, ideges dyspepsia, idült székrekedés, fűdők valamint vérszegények gyomorpanaszainál kitűnő eredménnyel alkalmazható

SZENT PÉTER gyógyszerészeti laboratórium

Budapest, V., Pozsonyi-út 1. — Telefon: 121-547

SZEMÉSZET

Rovatvezető: Grósz István.

A gonoblennorrhoea chemotherapiás kezeléséhez. K. Ulrich. (Klin. Monatsbl. 109/1943.) Gonoblennorrhoea csecsemőknél először Uliront alkalmazva a szekréció csökkent, de a szert elhagyva, recidivák lépnek fel. Három napon át négyszer $\frac{1}{4}$ tabletta Uliront adva, lokális oxycyanátos törléssel kombinálva igen jó eredményt értek el, de két csecsemőnél cyanózis lépett fel. Uliron helyett Albucidot próbáltak ennek váladékképződése nem volt különös hatása, Neo-Ulironra erősödött a cyanózis. Orsulont alkalmazva hasonló dosisban 3–5 nap alatt teljes bakteriologiai és klinikai gyógyulást észleltek. Orsulont a csecsemők jól tűrték, főleg az anyatejjel tápláltak. Idősebb gyermekeknél Cibasolt alkalmaztak igen jó eredménnyel, mert Uliront ezek is nehezen tűrték. Helyi kezelésre 15% Albucid-cseppet próbáltak (fél óránként 3–5 cseppet, éjjel-nappal) kombinálva phys- konyhasó öblítéssel. Az Albucid-cseppnek helyi és felszívódva általános hatást tulajdonít, amely csecsemőnél egyedül is elég lehet a gyógyításra.

A sulfonamidok bevezetése a gonoblennorrhoea kezelésbe a gyógyítás megrövidítését és egyszerűsítését jelenti, a szövődeményeket megelőzi. E szerek tökéletesedésével még további és jobb eredmény várható. (G. 44) Németh Béla dr.

A keratoconjunctivitis stájerországi fellépéséhez. Pillat. (Klin. Monatsbl. 109/1943.) 1938–41-ig a Német birodalomban keratoconjunctivitis epidemica lépett föl. Szerző által észlelt esetekben 40%-ban csak a kötőhártya megbetegedését találta, 60%-ban a kötő- és szaruhártya együtt betegedett meg. Szerző tagadja, hogy kötőhártya megbetegedés nélkül tiszta szaru elváltozás fennállhatna.

Megbetegedést észlelt azelőtt egészséges szemén, előzetesen beteg szemén, sérülés és műtét után. Más szerzők is fontosnak tartják a sérülésnek, a megbetegedésre jellemzőnek tartja a szaruhártya gó-

cainak(1–20 korong alakú góe) hasonlóságát, melyek csak az elülső rétegekben fekszenek és hozzájuk a szem mélyebb részeinek semmiféle izgalma nem társul. Észlelt időleges visus csökkenést, mely pár héten belül megjavult. A gócek 1–4 hét alatt, legrosszabb esetben néhány hónap alatt feltisztulnak.

A betegség oka ismeretlen. Fellépése ötletszerű, az évszak nem befolyásolja. Lefolyása immunitást idéz elő. Recidiva alig fordul elő. Allatra átvinni nem sikerült. Szerző a kórokozót vírusnak tartja, filtrálhatósága nincs igazolva Bizonyítékai: 1. Njmes kimutatható csira, 2. A gócek alakja és a baj lefolyása, 3. A recidiva hiánya. A baj fellépése különböző vidékeken különböző időben fertőzéses eredetre vall. Szöveti lelet csak egy esetből van: Bowman hártya rögös szétesése, a hám alatt monocyta, hystiocyta és fibroblast infiltratumok.

Differenciál diagnosztika: a kötőhártyai alaknál az uszoda coni., coni. follic., tr. A szaruhártya megbetegedésnél ker. herpetiformis, punctata superficialis, numularis.

Kezelés: Végleges, biztos módja nincs, tisztán tüneti. Minden kötés kerülendő. 3–5%-os Targésin vagy 3%-os bőr oldatot, vagy lószérum és paraffinolaj becséppentést ajánl. A szaruhártya megbetegedés esetén nem izgató kenőcsöket 2% Noviform, Albucid-kenőcs, Általános kezelésre Cibasol lökés, esetleg rövidhullám. (G. 43.) Németh Béla dr.

FAGIFOR „CITO“

Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos lactocreasot-syrup

Ideális enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere
lag. orig. P 3-21, pénztári csom. P 1-61CITO gyógyszeripari gyár
Budapest, XIV., Lengyel-utca 33. szám.

St. Blasien

Szanaatórium



Dilmenas képes ismertető

300 m tengerszint felett, legkedvezőbb éghajlati adottságok,
tiszta, tiszta gyógyklima

Németország legmagasabban fekvő magángógyintézet
tüdőbetegek

számára, a Feketeerdő déli részének legkedvezőbb fekvésében

Időszaki átalányárak:
kétgyás szobában RM 9.-tól
egygyás szobában RM 11.-tól

Igazgató: Dr. BACMEISTER A. egyet. tanár
Főorvos: Dr. EMMER A. sebész szakorvos

ST. BLASIEN SZANAÓRIUM
dél-badeni Hochschwarzwald. — Vasútállomás: Seeburg
(Németország).

METALIX

Röntgenberendezések
Orvosi elektromos
berendezések
Röntgencsővek
Kvarclámpák

a legtökéletesebb kivitelben

Szaktanács
és tervezés:

METALIX RÖNTGEN RÉSZVÉNYTÁRSASÁG

Budapest, IV. Muzeum krt. 37. Tel. 182-680, 383-135

A jó szakkönyv nélkülözhetetlen segítőtárs!

Megjelent az első teljes magyar elektrokardiographia!

I. kötet: Az elektrokardiographia TANKÖNYVE
II. kötet: Elektrokardiographiai ATLASZ

Gyakorlati elektrokardiographia

Pengő

Két kötetben Írta: Dr. Radnai Pál v. egyet.
belklinikai tanársegéd 240 ábrával (700-nál több
elektrokardiogramm elvezetés felvétele) műnyomó-
papíron 434 oldal — két kötetben kötve 44.—

A világ szakirodalmának remekműve!

A magyar kiadás most jelent meg!

Orvosi pszichológia

Prof. Dr. Ernst Kretschmer műve 23 ábrával P 28.—
kötve 33.—

Vitaminok és hormonok

Írta: Dr. Góth Endre 368 oldal 177 ábrával és
15 táblázattal kötve 28.—

Iskolaegészségtan

Írta: Dr. Zsindely Sándor e. m. tanár 9.80

A nyombélfekély és a gyomorsav- túltengés új gyógymódja

Írta: Dr. Weidlinger Imre 4.80

Községi egészségügyi közgaz- gatás gyakorlati útmutatója

Hivatalos nyomtatvány, fogalmazvány és írásminták-
kal. Írták és összeállították: Dr. Kerbolt László
és Dr. Szporny Gyula 312 oldal kötve 30.—

NOVÁK RUDOLF ÉS TÁRSA

Orvosi Szakkönyvkereskedés és Tudományos Könyvkiadóvállalat
BUDAPEST, VIII., BAROSS-UTCA 21.

Neohexal

A húgyutak valamennyi fertőzőes
folyamatának, továbbá az influenza és
a meghűléses betegségek kezelésére.

Övegsőben 20 db 0,5 g-es tablettá



J. D. RIEDEL - E. DE HAËN A. G. BERLIN — Magyarországi képviselő: Dr. Lányi Lajos, Budapest, VIII., Rigó-utca 10

GYERMEKGYÓGYASZAT

Rovatvezető: Kerpel-Fronius Ödön.

Pulmonalis szövődmények koraszülöttek transfusiokezelése kapcsán. Löhr. (Mschr. f. Kh. 91. 5—6. 362.) 97 vérátömlesztéssel kezelt koraszülött közül a beavatkozás utáni 6. napig 18 esetben tüdőgyulladás, 7 esetben gyorsan lezajló egyéb pulmonalis complicatiók léptek fel. A 18 pneumonia közül 13 interstitialis jellegű volt, 26 transfúsióval nem kezelt koraszülött közül 9-nél lépett fel pneumonia, mint complicatio. Noha az adatok tisztán statisztikai értékelése ellene szól, szerző mégis a két körülmény időbeli összefüggése miatt úgy véli, hogy a transfusio és pulmonalis complicatiók között aetiologiai összefüggés van. A 18 transfusio után fellépett pneumonia közül 13 interstitialis jellegű volt, míg 32 egyéb pneumonia közül csak 9. Transfusio és pneumonia közti okozati összefüggést úgy képzei el, hogy transfusio kapcsán átmenetileg pangás lép fel a kisvérkörben és fokozott capillar-permeabilitás esetén, ami koraszülötteknél adott, az érnyálából a tüdőszövetbe folyadékki lépés történik. Így a resistentia lokálisan csökken. Óvatosságot ajánl mindezek alapján a transfusio indiciójának felállításánál különösen, ha már eleve inficiáltak a felső légutak. (K. 27.)

Sass-Kortsák Endre dr.

Empyemát követő ventilt pneumothorax gyógyulása gyermekben pleuraizgatással. Burckhardt. (Ann. Ped. 1942. 6. 337.) Egy saját észleléséről számol be, ahol a 2 éves fiúnál empyema után ventilt pneumothorax keletkezett. A 6 hónapja fennálló tüdőatelectasiát és a ventilt pneumothoraxot 20 ccm 30% dextrose és kevés talcum intrapleurális bevitelével meggyógyította. A talcum szerepét nem látja tisztán. Az eljárásnál óvatosságra int, 10%-os dextroseval kezdi a kezelést és csak eredménytelenség esetén emeli a koncentrációt. (K. 29.)

Vollay Béla dr.

A gyermekkori duodenalis fekélyről. Melchior. (Ann. Ped. 1942. 6. 329.) Az idült gyermekkori duodenalis ulcus nem túl ritka és diagnosztizálható kórkép. A therapia konzervatív, kivéve a callosus és szűkítő folyamatokat, ahol sebészeti beavatkozás szükséges. Csak a kiterjedt gyomorrésectiótól várható tartós eredmény. A beavatkozás gyermekeknél is helyi érzéstelenítéssel végezhető. (K. 28.)

Vollay Béla dr.



1 tabletta tartalmaz: Kipróbált szer, ártalmatlan a gyomorra és a szívre

0.28 g. Acid. acet. sal.,
0.013 g. Chin. cfr.
0.04 g. Li. cfr.

**Antineuralgicum
Antipyreticum
Antirheumaticum
Analgeticum**

Mintával és magyar szakirodalommal szolgál:

Dr. FILO JÁNOS
„Szent Keresztély” gyógyszertára
Budapest, VIII., Mátyás-tér 3. szám

DIGICLARIN-CHINOIN

MAGYAR DIGITALIS PURPUREA KÉSZÍTMÉNY

Injectio, solutio, tabletta és suppositorium

Soványág, reconvalescentia, neurasthenia esetén kiváló roborans és étvágyjavító a

VITACHINA DRAGÉEB₁ vitamint, chinakérget, arsenit és strichnint tartalmaz

C hypovitaminosisban, fertőző betegségekben, normális foglalkozásbiztosítására

VITASCORBIN SYRUP;

állandó C vitamin tartalmú, jóízű folyadék, különösen ajánlatos a gyermekpraxis számára.

REX Gyógyszervegyészeti Gyár és Gyógyárkereskedelmi R. T. Budapest—Debrecen

STRYCHNOPHOSPHARSEN, AZ IDEGCASUSOK ROBORANSA

„CERTA” GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R.T. BUDAPEST

KÖNYVISMERTETÉS

Nőgyógyászat. Írta *Frigyasi József dr.* Második javított kiadás, 304 szöveggözüti ábrával. (Stephanéum, Budapest 1943. Ára 60.— P.)

Az illusztris szerző kiváló nőgyógyászati tankönyvének a közelmúltban jelent meg második kiadása. Az új kiadásban az egyes fejezetek fontosságukhoz és jelentőségükhöz mértén bővültek, így a hormonkezelésről és meddőség gyógyításáról szóló. Előnyös újítást jelent az egyes fejezetek sorrendjének megváltoztatása is, ami az eddig is kitűnően áttekinthető művet talán még tökéletesebbé tette. Külön dicsérrettel kell megemlékeznünk a változatos képanyagról, mely gazdag egyéni tapasztalatokról és nagy beteganyagról tesz tanúságot, különösen pedig a számos új, jólsikerült szöveggözüti színes ábráról, melyek ugyanezek emelik az új kiadás értékét. A gondos kikillitás a Stephanéum munkája. A magyar orvosi irodalom e kiváló alkotását melegen ajánljuk az orvostanhallgatók, a gyakorló orvosok, valamint a szakorvosok figyelmébe, kik azt nagy haszonnal forgathatják és tanulmányozhatják. Bizonyosak vagyunk afelől, hogy ez új kiadást is rövidesen követni fogja az újabb.

Berger Károly prof.

Praxis der seelischen Hygiene. Erfahrung und Experiment von *Heinrich Meng* (Basel), *Walter Morgenthaler* (Bern), *Orkow Pfister* (Zürich), *André Repond* (Monthey), *Berthold Stokvis* (Amsterdam), *Jean Wintsch* (Lausanne), *Hans Zullinger* (Ittigen—Bern). (Benno Schwabe u. Co. Verlag, Basel, 1943. 279 lap, 21 ábrával. Ára 18 sv. fr.)

A psychoanalitikusok munkáinak már német kiadójuk nem akad, hát Svájcban dolgoznak. A szerzők nemcsak orvosok, hanem paedagogusok, lelkészek (Pfister), azonban mind psychoanalitikusok. Meng a baseli egyetemen az elmehygiene lektora és a munka főszerkesztője. Az előadások célja a hallgatókat az

elmehygiene mostani kérdéseivel megismertetni. Kiindulási alap a Freud neurosis taná. mert az orvost tájékoztatni kell, mi történhetik a neurosisban szenvedővel. Betegbemutatókat nem tart szükségeseknek, miután nem orvosok is hallgatják az előadásokat. Elég, ha megfelelő kórtörténeteket hallanak és a tudattalanban lezajló összetűzéseket fölismerik. Különös súlyt fektet arra, hogy a hallgató megértse, milyen fontossága van a betegbe belenevelt és ideges félelemnek a »Neurosis« támasztásában, amint ezt Freud és Stekel tanítják. Tehát beteget nem kell látni, vizsgálni, csak az általuk szerkesztett kórrajzokat tanulmányozni és Freudnak, Stekelnek, stb.-nek vakon hinni. Így gondolja el Meng a »psychohygiene« egyetemi tanítását. A többi szerző hasonló mederben mozog és ír. Freudra huszonháromszor hivatkozik, de Kraepelin, Bumke, Lange neveit csak említi, nem kíváncsi a véleményükre, mert Freud megmagyaráz mindent.

Reuter prof.

Az iskolaorvosi feladatok és az egészség-tanítás technikája. *Meczner László dr.*

Negyven lapos könyvecske, amelynek kb. fele része az iskolaorvosi teendőket tárgyalja, a másik fele pedig az egészség-tanítás technikáját ismerteti. Az egész könyv nagy gyakorlati érzékről tesz tanúságot. Az iskolaorvos-egészségtanítónak benne megtalál — természetesen egészen röviden — minden útbaigazítást. Öröndetes, hogy a budapesti Egyetemi Közegészségtani Intézet által 1933-ban újra felélesztett iskolaorvos-egészségtanítói kiképzés a szakirodalomban ilyen termékenyítő hatással volt, hogy egymás után jelennek meg ebből a tárgykörből munkák. Felismerik az ifjúság testi és lelki nevelésének mindenek felett való fontosságát.

A könyv gyakorló iskolaorvosoknak melegen ajánlható.

Darányi Gyula prof.



Expectin

sol. cseppek

ELŐÁLLITJA ÉS FORGALOMBA HOZZA:

Diachemia

INGERT SZÜNTET
ERÉLYESEN KÖPTET

A MÁV- B. B. I. ÉS A SZFÖV.
ALK. SEGÍTŐALAPJA TERHÉRE
SZABADON, A M. KIR. HONVÉD-
SÉGNÉL E. ALATT ENGEDÉLYEZVE

10 gr. ára P 2.20

Straub Sándor gyógyszervegyészetl és vegyészeti laboratorium, Budapest, VI.

AKTEDRON-CHINOIN

TABLETTA ÉS INJECTIO

szelleml működések és a hangulat stimulálására

Climacteriumi és endogen depressiók, nervosus fáradékonyság és csökkent munkaképesség, enuresis nocturna, narcolepsia, allergiás gyomor- és bélgyörcsök stb. eseteiben

20 tablettás (0.01) phiola

6 ampullás (0.02) doboz

Verzár Frigyes kinevezési évfordulójára.

Szeptember 18-án volt 25 éve, hogy IV. Károly király Verzár Frigyest a debreceni egyetem ordináriusává kinevezte. Kinevezése eredetileg az általános kórtani tanszékre szolt, de mivel az élettanra kinevezett Vészy, még a kinevezés őszén spanyol influenzában feleségével együtt tragikusan elhunyt, az élettant is Verzár Frigyes adta elő az egyetem megnyitásától fogva. Néhány évvel később az élettan nyilvános rendes professzorává minősítették át és a kórtant adta elő mint helyettes.

Verzár Frigyes professzorságának ez a 25 éve a continentális élettani kutatás termésének tekintélyes és tiszteletreméltó részét érlelte meg. Ez a kimárgasló teljesítmény azért vált lehetővé, mert kivételesen élénk szellemét és ritka lendületét tökéletesen a munka szolgálatába állította.

Ebből a 25 évből az első 15-öt töltötte Debrecenben, ami alatt az előbb említett két intézetten kívül megszervezte és felszerelte a Tihanyi Biológiai Kutatóintézet élettani osztályát is. A baseli egyetemre történt meghívása után néhány évig még tovább is igazgatta ezt az intézetet.

Ma azok közül a fiatal orvosok közül, akik pályájukat az ő intézeteiben kezdték, három már nyilvános rendes tanár. *Beznák Aladár* a budapesti egyetemen, *Méhes Gyula* és *Ludány György* a Kolozsvárin. *Kúthy Sándor* dr. chem. pedig a kolozsvári Mezőgazdasági Akadémián a vegytan tanára, a budapesti Műegyetemen pedig magántanár. *Kokas Eszter* a pesti egyetem magántanára, a Leánylente Szervezet Országos Vezetője. *Zih Sándor* a debreceni egyetem magántanára, a Szt. Rókus központi kórház laboratóriumi főorvosa. *Árvay Sándor* ugyancsak a debreceni egyetem magántanára, az egyik nagy vidéki kórház szülész-főorvosa.

Verzár Frigyes baseli professzorsága alatt is megtartotta és melegen ápolt a régi kapcsolatait hazájával. Magyar kutatók számára tanulmányi ösztöndíjat szerzett, amellyel minden évben más fiatal magyar kutató kerülhetett az ő baseli egyetemi intézetébe. Tanársegédei között is szinte állandóan volt magyar.

Alig van az élettannak olyan fejezete, amelynek fejlődéséhez ne szolgáltatott volna értékes adatokat. Különösen jelentősek azok a vizsgálatai, amelyek a vitaminok és a belső elválasztású mirigyek élettanának területére esnek. Noha legtöbb munkája még a debreceni egyetem intézeteiben gyökeredzett, azok teljes kifejlődésüket Baselben érték el. Itt, különösen a mellékvesekéreg élettanával foglalkozva hozott értékes megismeréseket. Két nagyobb monográfiában foglalta össze annak a területnek élettanát, amelyen munkatársaival együtt a legtevékenyebben dolgozott. Az egyik monográfiája felesége, *Jean MacDugal* társszerzőségével együtt angolul jelent meg: »A felszívódás élettana«; a másik pedig németül: »A mellékvesekéreg működése«.

Szívből köszöntjük Verzár professort kinevezésének 25-ik évfordulóján és kívánjuk, hogy változatlan erővel és egészséggel szolgálhassa az élettant, amely neki eddig is olyan sokat köszönhet.

Beznák Aladár.

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift, 36—37. sz. *Franz C.*: Új dolgok a hadisebészethetben. — *Pfanner W.*: Lövés által fertőzött izületek resectiója. — *Krammer H.* és *Rewerts G.*: A hepatitis epidemica kóroktana, átvihetősége, gyógyítása és kórjósolata. — *Ruzicka O.*: Recidiváló glomerulonephritis befolyásolása serum-betegség előidézésével. — *Poekelman A.*: Neurodermitis. — *Pyrgialis*: A maltáz kórisméjének egy új és biztos módszere. — *Pitzen P.*: A plastikus parafa.

Schweizerische Medizinische Wochenschrift, 38. sz. *Rohr K.*: A leukämiák daganatos elmélete. — *Sommer E.*: Askariasis és eosinophil tüdőbeszűrődés. — technikájához. — *Urech E.*: Posttraumás agyhártya-technikájához. — *Urech E.*: Posttraumás agyhártyalobok serumphylaxisa.

HETIREND

Hétfőn, 4-én 7 ó. a Bp. Orvosi Kör ülése. *Gózonny L.*: A syphilis okozta immunbiológiai elváltozásokról.

Csütörtökön, 7-én 7 ó. a Magyar Fogorvosok Országos Egyesületének ülése. Előadások: *Madarász E.*: Az Andresen-Häupl-féle fogszabályozó eljárás kritikai méltatása. — *Adler P.*: A fogszabályozásnál használt erők osztályozása.

A frontátvonulások áttekintése 1943 június első feléről. A június 1—15. közötti időszak a betörési frontokban általában is szegény volt, de különösen szegénynek minősíthető az évszakhoz viszonyítva, mert más években éppen június a betörési frontokban igen gazdag hónap szokott lenni. Annál meglepőbb, hogy a felsiklási frontok aránylag bőségesen léptek fel. A 15 napos időszak folyamán ugyanis 17 betörési és 10 felsiklási frontot jegyeztünk fel, vagyis a felsiklási frontok száma korántsem volt oly jelentéktelen a betörési frontokéhoz képest, mint normális időszakokban lenni szokott. A betörési frontokból csak 1 volt erős, 5 volt mérsékelt és 11 gyenge fejlettségű. A felsiklási frontok közül viszonylag 1 erős fejlettségűnek, 2 mérsékelt fejlettségűnek és 7 gyengének minősült.

A budapesti frontátvonulások részletes történetéből kiemelendő a június 4-i erős felsiklási front, a június 7-i déli erős fejlettségű, heves záporral járó betörési front, továbbá június 8-ika, mint teljesen frontmentes nap.

A frontátvonulások áttekintése 1943 június második felében. A június 16-ától 30-áig terjedő időszakban a betörési frontok nagyjában normalis számban, de a normalisnál csekélyebb fejlettségben léptek fel. A felsiklási frontok száma a normalisnál nagyobb, de fejlettségük minden egyes esetben csak gyenge volt. A 15 napos időszak alatt összesen 26 betörési front érkezett (ebből 1 erősnek, 6 közepes fejlettségűnek, 19 gyenge fejlettségűnek minősül). Az 5 felsiklási front mind a gyenge csoportba tartozott.

A budapesti frontátvonulások részletes történetéből kiemelendők a következő mozzanatok: 3 felsiklási front halmozódása az időszak első napján, mindössze 4 óras időközön belül (igen ritka jelenség!), ugyanezen nap déli óráiban 3 betörési front halmozódása ugyancsak néhány órán belül; a 48 óras teljesen frontmentes időszak június 20. reggeltől június 22. reggelig; erős fejlettségű betörési front átvonulása június 26-án délután 12 órakor, végül a gyenge betörési frontok nagyfokú halmozódása a hónap két utolsó napján. (Az összes időadatok nyári időszámításban értendők.)

Aujesky dr.

FELELŐS KIADÓ: VAMOSSY ZOLTÁN

A szerkesztő kedden és pénteken 12 és 1 óra között fogad.

Laxoptin

Ideális, enyhe hatású hashajtó. Éveken át jó eredménnyel szedhető

Laikus propagandával nem vezetjük a közönséget öngyógyításra

„NAGY KRISTÓF” gyógyszerár, IV., Váci-utca 1

PACYL

fokozott vérnyomásnál

kiméletesen csökkenti a megnövekedett vérnyomást,
oldja az érgörcsöt,
enyhíti a szubjektív panaszokat.
Perorálisan szedve hatékony.

DTWAG

CHEMISCHE FABRIKEN A. G. - BERLIN-WAIDMANNSLUST
Irodalommal és orvosi mintával Hygiea R. T., Kolozsvár, Kando Kálmán u. 13 szolgái

A SALICYLSAV
BIZTOS FEL-
SZIVÓDÁSA
A BŐRÖN ÁT:

RHEUMASAN

A SOUVERAIN

*analgeticum
antirheumaticum
és antineuralgicum*

MEGLEPŐEN GYORS, MEGBIZHATÓ, DERIVÁLÓ ÉS FÁJDALOMCSILLAPÍTÓ HATÁS.
TÜNETI ÉS OKI KEZELÉSI MÓD. ALKALMAZÁSA A LEGNAGYOBB MÉRTÉKBEN GAZDASÁGOS.

Nagybani eladás: Kálmán Lehel, gyógyszervegyészeti vállalat, Budapest 62.

Fájdalmaknál

Quadronal

megbízható — hatásos — jól tűrhető

Naponta háromszor 1–2 tablettá

phiolák 10 és 20 tablettátartalommal

Adatokkal készséggel szolgál:

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE I. W.
KÁLMÁN LEHEL GYÓGYSZERVEGYÉSZETI VÁLLALAT BUDAPEST 62

Uricedin

anyagcserebántalmaknál mint köszvény, rheuma, ischias, vese-,
hólyag-, epe-, máj bántalmaknál, bélrenyheség és gyomorbajoknál.

Magyarországi kizárókegyesület.

Medichemia Gyógyszerkészítmények Gyára R.T.

Budapest IX. Józseftelep

J. E. Stroschein

Chemische Fabrik K.G.
Berlin

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-út 26., IV. em.
Telefon: 345-113.

Ingyenes lífthasználat.
(Kérje a portástól.)

MEGJELENIK SZOMBATON

Egyes számok kaphatók:
a kiadóhivatalban 70 fillérért;
Magyar Orvosi Archivum számai 2 pengőért.

Hirdetések kizárólagos felvétele
a kiadóhivatalban.

Előfizetések beküldhetők: Kiadóhivatalunkba vagy
22.968. számú postatakarékpénztári csekk számlánk javára.
Romániában: Borsos Béla dr. Arad, Str. Gen. Grigorescu 5.
Slovákiában: Eleőd Solt. Handels- u. Kredit-B. Bratislava.

Előfizetési díj: az »Orvosi Hetilap«-ra az »Orvos-
tudományi közlemények«-kel együttesen egész évre 26 P,
220 slk., 1000 lei, egyéb külföldre a belföldi díjak + portó-
költség (összesen 32 P), félévre ezen összegek fele, negyed-
évre negyede, egy hóra 2·50 P.

A »Magyar Orvosi Archivum« egész évre 10 P., 70 slk., 400 lei.

SULFAGUANIDIN

„RICHTER GEDEON“

A bélinfectiók specificuma. Dysenteria, enteritis. Typhus-
baciliuszgazda esetén

Toxikus tüneteket nem okoz

30 és 60 drb 0·5 g-os tablettát tartalmazó fiolákban kerül forgalomba

AMBESID TABLETTA

1 tabletta 0·40 g p-aminobenzolsulfamidot tartalmaz. Forgalomba kerül: 20 tablettát
tartalmazó fiolákban

AMBESID SOLUBILE

1 tabletta 0·40 g, 1 db 2 ccm-es ampulla 0·20 g, 1 db 5 ccm-es ampulla 0·50 g
p-succinylamino-benzolsulfamid-natriumot tartalmaz

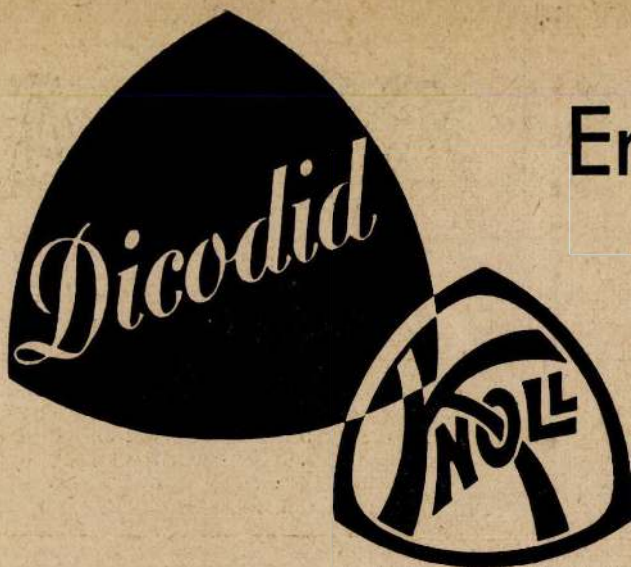
A streptococcus, staphylococcus, meningococcus, gonococcus
és egyéb fertőzések hatásos chemotherapeuticuma

Gyomorpanaszokat nem okoz!

Forgalomba kerül: 10 és 20 tablettát tartalmazó fiolákban és 6 ampullát tartalmazó dobozokban



Richter Gedeon Vegyészeti Gyár Rt., Budapest X.



Erős köhögésnél

10 tabletta à **0.01** g P 1.80; Felár: P -.13

10 tabletta à **0.005** g P 1.30; Felár: P -.09

20 tabletta à **0.005** g P 2.40; Felár: P -.19

Naponta 2-3-szor 0.005-0.01 g, csak étkezés után veendő.

KNOLL A.-G., Chemische Fabriken, LUDWIGSHAFEN AM RHEIN

Képviselő: Wack Keresztély, Budapest IX., Högyes E.-u. 4.

Narcoticum- és barbitursavmentes fájdalomcsillapítás.

DITONAL-KÚP

MITE ÉS FORTE

Analgeticum — sedativum — spasmolyticum — antipyreticum

Súlyosabb eseteknél, spasmusoknál, rheuma és ischiásnál

DITONAL-FORTE

Magyar gyártmány

HORMON GYÓGYSZERVEGYÉSZETI K.F.T.
BUDAPEST, VIII., TORMAY CECIL-U. 12.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON.

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC, V. BERDE KÁROLY, GORKA SÁNDOR, HÜTTL TIVADAR, BALÓ JÓZSEF,
VÁMOSSY ZOLTÁN, MÉHES GYULA, REUTER KAMILLÓ, JENEY ENDRE, VIDAKOVITS KAMILLÓ.

FELELŐS SZERK.: VÁMOSSY ZOLTÁN. Fogad kedden és pénteken 12—1.

SZERK.: FRITZ ERNŐ.

TARTALOM:

Thaddea Zsigmond: A mellékveseelégtelenség kezelési újak újabb irányelvei. (493—495. oldal.)

Seri István és Valenta András: Eosinophilsejtek gyakorisága a gyomortartalomban. (495—497. oldal.)

Nemes J. György: Tüdőbetegék hypochromaemiájának gyógykezelése. (497—498. oldal.)

Irodalmi szemle. (501—503. oldal.)

Könyvismeret. (504. oldal.)

Soltész Ferenc: Hozzászólás Tauber L. dr. »Platyspondylia esete« c. közleményéhez. (504. oldal.)

Solti Ferenc: Válasz Baló József prof. megjegyzésére. (504. oldal.)

Vámossy Zoltán: Előfizetőinkhez. (505. oldal.)

Lapszemle. (506. oldal.)

Vegyes hírek. (506. oldal.)

A berlini II. sz. belklinika közleménye. (Igazgató: von Bergmann Gusztáv ny. r. tanár.)

A mellékveseelégtelenség kezelésének újabb irányelvei.

Írta: Thaddea Zsigmond dr. egyet. magántanár.

A hormonkezelés legszembeszökőbb vívmányát ma a mellékvesekéreg és a sexualhormonok hatóanyagainak felderítése jelenti. A mellékvese mindkét része, a velő és a kéregállomány, fejlődéstanilag, anatómiailag és működésükben egymástól független szervek. Mindkét rész jellegzetes hatású ineretumot termel: a velő az adrenalint, a kéreg a corticosteront. A mellékvesekéreg (MVK) hormonja nem egységes test. A kéreghormonkivonatok rendszeres elemzése számos steroiddal ismertetett meg bennünket, amelyek egymással szoros rokonságban vannak és amelyek mindegyikének alapanyaga a pregnan, CH. Az élettanilag és klinikailag leghatásosabb a corticosteron és a desoxycorticosteron. A MVK életmentő hormonját fáradságos előmunkálatok után végül is 1937-ben a rochesteri *Kendallnak* és iskolájának, Zürichben és Baselben pedig *Reichsteinnek* sikerült tisztán kivonnia és mint corticosteront szintetikusán előállítani. A szintetikus corticosteronban minden fölösleges anyagtól mentes szabad hormont kaptunk, pontosan ismert mennyiségben és hatás-egységben, úgyhogy vele a MVK-elégtelenség most már milligrammokban adagolható pontossággal gyógyítható.

Hatásának elméletei. Ehelyütt lehetetlenség a MVK működéskiesésének számtalan állatkísérlettel megállapított jeleit felsorolni. Minden kísérletező megegyezik abban, hogy a kiesési jelenségek majdnem kivétel nélkül megszüntethetők corticosteronnal. A ma legfontosabb elméletek közül, amelyek a hatás magyarázatára törekszenek, a következő három érdemel különös figyelmet:

1. Az egyik a hormonhatás lényegét az electrolyt és vízforgalom kormányzásában látja.

2. A másik szerint a cortin a szénhidrátanyagcserét szabályozza.

3. Végül a harmadik mindkét előbbi említett magyarázatot egyesíti magában.

1. *Swingle* felfogásának lényege, amely a víz-, natrium- és káliumtheoriát egyesíti, hogy a corticosteron elsődleges működése a víz- és electrolyt-eloszlás fenntartása és szabályozása a szervezet két nagy folyadéktartályában, az intra- és extracelluláris térben.

2. *Britton* és *Silvette* a kísérleti MVK-elégtelenségben a leglényegesebbnek az intermediaer anyagcserében a teljes szénhidrátanyagcsere zavarát tartja. Erre vezethető vissza az adynamia, a glyco-genraktárak kimerülése és a vércukoremelkedés elmaradása a mellékvese nélküli szervezetben, a szokásos cukormobilizáló ingerekre.

3. *Verzár* felfogása azért érdemel különös figyelmet, mert az összefüggéstelenül egymás mellett álló eredményeket megkísérli egységbe foglalni. *Verzár* szerint a cortin nem a víz-, natrium-, kálium- vagy szénhidrátanyagcsereének a hormonja, hanem az anyagcserét alapjában befolyásoló és így a zsírforgalmat éppúgy érintő hormon. A corticosteron legfontosabb feladata a *phosphorylálás létrehozása*, amelynek segítségével az életfontosságú synthesisek létrejöhetnek.

A MVK-elégtelenség klasszikus képét a legkülönbözőbb kóros folyamatok okozhatják és tarthatják fenn. A következőkben pusztán az Addison-kórt és a még sokkal gyakoribb addisonismusokat tárgyalom.

Az Addison-kór klasszikus képe már régóta ismeretes. A MVK-elégtelenség tünetei csak akkor jelentkeznek, ha mindkét mellékvese $\frac{1}{10}$ része elpusztult vagy működésében gátolt (*Berblinger*).

A corticosteronnal gyógyítás a klinikai MVK-elégtelenségben a legjobb kilátást nyújtja (*Thaddea*). A szintetikus kéreghormon előnye abban van, hogy kis adagokban fecskendezhető és nem izgatja a szöveteket. A kezelést a következőképpen oszthatjuk fel:

1. A heveny MVK-elégtelenség kezelése.

2. Az idült MVK-elégtelenség állandó kezelése.

3. A kiváltó tényezők elleni küzdelem.

1. *Heveny MVK-elégtelenség* esetében azonnal corticosteront adunk izomba (napi $2 \times 5-20$ mg-ot), ugyanakkor vénába ascorbinsavat (1 g), dextroset (10 g) és hypertóniás konyhasót; összesen kb. 1 liter folyadékot 5-10 g sóval. A leggyakrabban jelenlévő collapsus ellen ezzel egyidejűleg peripheriás keringést is javítjuk (Sympathol, Veritol).

2. *Az idült MVK-elégtelenség* kezelése főleg étrendi. A legfontosabb követelmény, hogy a megállapított cukorhiányt a vérben és glycogenhiányt a raktárszervekben szénhidrátdús táplálással minél gyorsabban megszüntessük, ami egyben az *acidosis* leküzdésére is hatásos. Kiadós folyadékbevitel is kívánatos, mert a kiszáradási jelenségek (vérbeszűrődés, olyguria) mindig fellelhetők. Addison betegek C-hypovitaminosisra hajlamosak, ezért a C-vitaminkezelés határozottan előnyös. A káliumszegény, de natriumdús étrend lényeges a gyógyításban; az étrend ne tartalmazzon napi 2 g-nál több káliumot. Ez a fontos étrendforma sok esetben a napi kéreghormon adagolást feleslegessé teszi vagy legalább is a szükséges corticosteron mennyiségét csökkenti. Az általános kezelésben ügyelni kell a testi megerőltetés kerülésére, szigorú nyugalmat kell előírni. A testi megerőltetés (utazás, gyaloglás, forró fürdők) Addisonosokra igen veszélyes, mert nyilvánvalóan a MVK fokozott működésével jár.

Ha az idült betegségkezelésben nem mondhatunk le a kéreghormonról, akkor az adagolás egyszerűen az általános állapottól és a beteg szükségletétől, másrészt az elért hatástól függ. Mindenesetre bizonyos, hogy 10-15 mg corticosteron naponta elégséges, hogy a mellékvese működését hónapokon keresztül pótolja (*Thaddea* és *Sarkander*). Az adagolással azonban óvatosságnak kell lenni, mert a feleslegesen nagy adagok következtében veszélyes hydraemia, albuminuriával járó vizenyők és szívelégtelenség (pangásos tüdő) következhetnek be. Tudni kell, hogy a corticosteron különösen akkor okoz oedemát, ha vele egyidejűleg sok konyhasót adunk káliummegszorítás mellett (*Heni*).

Különösen figyelemreméltó az újabb depotkezelés (*Thorn* és munkatársai, *Thaddea*). Magam hét Addisonos betegnek implantáltattam helyi érzéstelelnítésben kristályos synthetikus desoxycorticosteron-acetátot (2-4 tabletta à 50 mg) a hasuk bőre alá. Szöveti reactio az implantálás helyén vagy körülötte nem jön létre. A MVK-hormon depokezelés következtében beálló javulás, ami 3-6 hónapig tart, nemcsak szubjective jelentős, hanem objectiv, számszerűen mérhető működési próbákkal is észlelni lehet. Ennek a gyógymódnak lényeges előnye, hogy tekintélyes kristályos MVK-hormont takarítunk meg, annyira, hogy az eddig használatos anyagnak mindössze $\frac{1}{10}$ -ére van szükségünk. Tehát a depotkezelés a gyógyítás előnyös bővítését jelenti.

Ez összefüggésben érdekes megfigyelésem, hogy a MVK-hormon sublingualis alkalmazása hatásosabb, mint az eddig általános per os adagolás. A desoxycorticosteron úgylátszik a szervezetben csak akkor hatásos hormon, ha a májkeringést kikerüli és így a máj nem hatástalaníthatja. A MVK-hormonnak tehát a szájjüregben kell felszívódnia, hogy kikerülje a májkeringést. A corticosteront 96%-os alkoholban akként oldják fel, hogy 1 cm³ 20 mg corticosteront tartalmazzon. 40 csepp ad 1 cm³ oldatot; 4 csepp, tehát 2 mg hatóanyagot tartalmaz. Az eset súlyossága

szerint a betegnek 10-20 cseppet, azaz 5-10 mg desoxycorticosteronacetátot adunk napjában több részre osztva. Célszerű naponta kétszer 10 cseppet előírni 20 perccel evés előtt. A betegeket mindig figyelmeztetni kell, hogy azt a 10 cseppet a nyelv alatt hagyják szétfolyni és ne nyeljék le. Ha erre nem ügyelnek, akkor az orális kéreghormonkezelés így hatástalanná válik. Természetesen dragée formájában is adagolhatjuk (à 1 mg vagy 5 mg) lingualis úton. Fontos a beteget utasítani, hogy a dragée-kat szopogassa és ne nyelje le.

3. A kiváltó tényezők leküzdésére egyedüli mód azok elkerülése. Teljes testi és lelki nyugalomról kell gondoskodni. Megerőltető fürdőkúrák helytelenek. Hosszabb napozást kerülni kell, mert az Addison krízist idézhet elő. Azokat az Addison-betegeket, akik hajlamosak meleg időben krízisszerű rosszabbodásra, figyelmeztetni kell, hogy nyáron emeljék napi konyhasóadagjukat. A sebészi beavatkozást igen rosszul tűrik, ezért intenzív elő- és utókezelés ajánlatos. A fertőző betegségek pusztító hatása Addison-betegekre abban leleli magyarázatát, hogy ellenállóképességük csökkent és MVK állományuk megkevesbedett (*Thaddea*). A fertőzés gondos kezelése és a gócek kiirtása elengedhetetlen. Addison-betegek ritkán esnek teherbe. A terhesség első hónapjaiban még az egészséges asszonyoknak is relatív MVK-elégtelensége van (*Elert*). Enyhe elégtelenség, amely terhesség nélkül rejtett, a terhesség alatt nyilvánvalóvá válhat. Ha a terhességet megszakítjuk, a zavarok megszűnnek. Az Addison-kór tüneteit tehát a terhesség korai állapota súlyosbítja. Ha viszont már meglévő terhesség alatt fejlődik ki, a magzati mellékvesék működése következtében a terhesség zavartalanul folyik le (*Elert*). Nem sokkal a magzat kiürítése után azonban, mint ahogy magam is megfigyelhettem, hirtelen elégtelenség jelenségei mutatkozhatnak, amelyek halálosak is lehetnek. Az asszonyok terhességüket a maguk könnyű vagy közepesúlyos Addison-kórja mellett azonban a mai hormonkezeléssel feltétlenül kihordhatják (*Perkins*).

Addisonismusok. A kifejezett Addison-betegségtől az Addisonismusig minden átmenet megvan. Az Addisonismus jóindulatú múltó alakja a MVK-elégtelenségnek. Az elégtelenség könnyű jeleit gyakran nem ismerik fel, mert nem gondolnak rá. Az Addisonismus objectív körjelzésére csak kevés közvetlen tünet vezet (adynamia, lesoványodás, hypotonia, hypoglycaemia, hypothermia, barnásan pigmentált bőr). Nőbetegeknél nem ritka az oligo-, illetve ammenorrhoea, amelyek a betegségnek már igen korai szakában fejlődnek és ezért nem foghatók fel kahexia tüneteinek.

Az Addisonismusok kiváltóiként elsősorban fizikai hatásokat nevezhetünk meg: napsütés, lesülés, forrófürdők, hideg behatás, röntgenártalom, amelyek fehérjeszételés következtében MVK-elégtelenséget hozhatnak létre. Hogy fertőzések a mellékveséknek anatómiailag ártalmára vannak, megállapított tény. Elhúzódó lábbadozás, heveny fertőzőbetegségek után, idült gyomor- és bélbetegségekben a MVK-elégtelenséggel sok rokonvonást találunk. Ismeretesekek ezenkívül Addison-szerű jelenségek avitaminózisokban (*Sprue*, pellagra, beri-beri). Az emésztőszervek megbetegedésében létrejövő pigmentatio (*achylia*, *chron. gastroenteritis*) szintén másodlagos MVK-elégtelenség kifejezője lehet. (*Thaddea* és *Ausersbach*, *Riml*). Prophylaktikus feladat azon káros tényezők távol-

tartása, amelyek a mellékvesét megtámadják. Viszont, ha az Addison-kór klinikai képe bontakozik ki, káliumszegény, nátriumdús étrenddel, corticosteron kezeléssel, subjectiv és objectiv javulást érhetünk el.

Összefoglalás. A desoxycorticosteronacetat mai tudásunk szerint a legfontosabb sterin vegyület, amelyet a MVK kiválaszt. Mióta hatásos preparátumokat tudunk előállítani, megvan rá a lehetőség, hogy a MVK-elégtelenség különböző alakjait eredményesen leküzdjük. Mint adagolási mód az injectiós kezelésen kívül szóba jön a sublingualis adagolás és kristályos alakban a bőr alá való implantálás is. A MVK hormonjának synthetikus előállítása nemcsak tudományos csúcsteljesítmény, hanem gyakorlati terápiás lépés.

A debreceni Belgyógyászati klinika közleménye.
(Igazgató: Fornet Béla ny. r. tanár.)

Eosinophilsejtek gyakorisága a gyomortartalomban.

Írták: *Seri István dr. és Valenta András dr.*

Az allergia fogalma *Pirquet* nevéhez fűződik, ki ezt a szervek reakciókészségének időbeli, qualitativ és quantitativ megváltozására vonatkoztatta. *Doerr*-nek az érdeme, hogy a később túlságosan felhígított fogalomnak határozottabb formát adott. Ő adta az allergiának tulajdonképpen az antigen-antitest reakció értelmezését.

Az allergiás betegségek tanának fejlesztése során öt klasszikus allergiás kórképet különböztettek meg: asthma bronchiale, szénaláz, *Quincke*-oedema vagy oedema fugax, rhinitis vasomotorica és colica mucosa. E betegségek alapján a szervezet túlérzékenységét vélik. Ma még kiderítetlen, hogy az akár azonosan is túlérzékenyvé vált egyének mért szenvednek különféle allergiás bajokban. Úgy vélték eddig, hogy állatokon a feltételezett shock-szerv dönti el a betegség helyét. Újabb kísérletek, így *Roth* és *Szauter* kísérletei szerint mintha a reinjectio módja döntő jelentőségű volna a kórkép kialakulásában, és így nemcsak az emberen, hanem az állaton sem indokolt a shockszerv feltevése.

Nagyon sok esetben kísérheti az allergiás kórképet gyomor-bélelváltozás is. Így a *Quincke*-vizenyő jelentkezhet a gyomron is, továbbá az ekzema is okozhat gyomortüneteket. *Paviot* és *Chevallier* gastroszkop segítségével bizonyították be a gyomor hyperergias oedemáját. Más szerzők pedig a már előzőleg felkutatott allergennek a sugárfogó anyaghoz való keverése útján Röntgen-átvilágítás kapcsán közvetlen észleltek heves, göresös összehúzódásokat, súlyos motilitási zavarokat és vizenyőt.

Ezek a gyomor-béltünetek felfoghatók mint általános allergiás állapot részjelenségei, ahol a gyomor-bélhuzam esetleg mint behatolási kapu szerepel az antigen számára, mely esetben alimentaris allergiáról beszélünk, azonban a már jelzett észleletek, állatkísérletek és klinikai tapasztalatok alapján számolnunk kell a gyomor-bélhuzam önálló allergiás betegségével is, melyet intestinalis allergiának nevezünk. Az intestinalis allergia lehet alimentaris, de nem szükségképpen az.

Az alimentaris allergia különböző alakban

nyilvánulhat meg. *Storm van Leuwen* három lehetőségét különböztet meg: 1. a gyomor és bél az allergen behatolási helye, a reakció is ezen a területen zajlik le. 2. a gyomorból és bélből az allergen csak felszívódik, a kóros folyamat más szervben nyilvánul meg (asthma, migrain, urticaria stb.). 3. az allergen parenteralisan kerül a szervezetbe, az allergia azonban a gyomron és bélen jelentkezik.

A gyomor allergiás betegségében leggyakrabban tápszer-allergiát kell feltennünk, tehát mind az allergen behatolási helye, mind a kóros folyamat lokálisitása a gyomornyálkahártya.

Az allergiás betegségekre általában jellemző a tünetek hirtelen, rohamok alakjában való jelentkezése. A szervezetben mélyreható változások következnek be, a vér calcium-kalium aránya megváltozik: hypocalcaemia áll elő a kalium-ionok egyidejű megszorodása közben. A hydrogen-ion-concentráció megváltoztatása, a savbasis egyensúly eltolódása, a NaCl, cukor-anyagszere, aminosavtartalom megváltozása mellett a kolloidális állapot átalakulása, a fehérje fractiók arányának eltérése, a complement megfogyatkozása szerepel. Azonban diagnostikailag a legfontosabb elváltozás az eosinophilia.

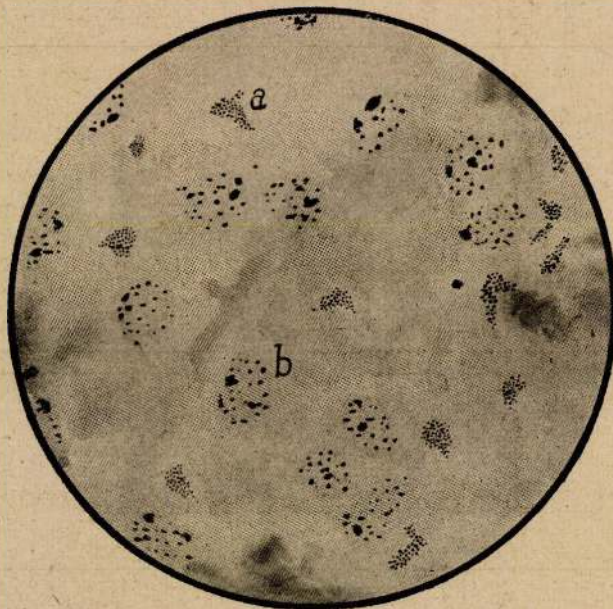
Alimentaris allergia esetén az időszakos rohamokat nem találjuk meg mindig kellő erősségben. A hirtelen roham ez esetekben gyakran azért hiányzik, mert az allergenek gyakran a mindennapos táplálék alkotó elemei. Így a tej, tojás, liszt, zsír mint oki tényezők állandóan vagy gyakran szerepelhetnek és ezzel a betegség is állandóbb tünetekben megnyilvánuló jellegűvé válik. Ugyanígy azt látjuk, hogy a diagnostikailag fontosnak jelzett és megkövetelt eosinophilia éppen az alimentaris allergiában nem mindig mutatható ki, így itt diagnostikailag, legalább is a nemleges értelemben, nem lehet döntő jelentőségű. Mint az allergiákra általában, az alimentaris allergiákra is jellemző a meglassúbbodott vérsejtsüllyedés. Az a diagnostikai feladat, hogy a kiváltó allergeneket kimutassuk, rendkívül nehéz. Ritka az, hogy a beteg panaszait valamely határozott okra tudja visszavezetni. Ez annál is inkább nehéz mert mint a beteg betegségének kezdetén csak meghatározott vagy csekély számú allergen reagál, addig a későbbiek során érzékenysége mind tágabb területre terjeszkedik ki. Az allergen kikutatására két út van: 1. cutan reakciók, 2. az étrend megvizsgálása.

Az előbbi történhet a *Schönb* és *Walker* ajánlotta karcolási és a *Coca*-féle intracutan módszerekkel. Az étrendi kísérlet lényege az, hogy némely ételnek az étrendbe való beiktatásával vagy abból való kihagyásával igyekszünk a túlérzékenység okára támpontot szerezni.

A kórok és a tünettan tisztázása a helminthiasis, lues és a rák irányában mindig szükséges.

A tünetannak hatásos támogatója és gyakran egyetlen kétségtelen jele a helyi eosinophilia. Ezzel a kérdéssel már sokan foglalkoztak. *Szauter* vizsgálatának főjelentősége, hogy a gyomor qualitativ sejtképi vizsgálatát beillesztette a napi diagnostikába. A többi szerző a maga vizsgálatait kis számú esetben a próbareggeltől függetlenül végezte, vagy az éhgyomri váladékban vagy a gyomormosó folyadék üledékében. *Szauter* 500 gyomorpanaszos egyén vizsgálatát coffeines próbareggeli üledékével a mindennapi diagnosztika keretei között végezte. Vizs-

gálatai nyomán kétségtelennek kell tartanunk, hogy a gyomortartalom sejtképének elemzése révén az orvos sokkal több támpontot nyerhet a gyomorfalváltozások minősége szempontjából, mint a közönségesen használt *Ewald-Boas* próbareggelik csupán savértéket és az emésztés fokát meghatározó adataiból. De még a savérték sem igen tekinthető pontos eredménynek, mert a próbareggelihez használt zsemlye megköti a szabad sósav egy részét és így a titráláskor az eredmény valóságát befolyásolja. Mi is kísérlet tárgyává tettük az *Ewald-Boas* próbareggelik sejtképének vizsgálatát, de a növényi sejtek zavaró jelenléte és a zsemlyemorzsának a sejttöledékben való elkeverődése, szűrés után pedig a szűrlet sejtszűrés volta lehetetlenné tették, hogy használható eredményeket kapjunk.



1. ábra.

Eosinophil (a) és pigment (b) sejtek a gyomortartalomban.

A gyomortartalom sejtképére vonatkozó vizsgálatainkat mi is részben coffeines próbareggelik sejttöledékéből, részben a fractionált próbareggelik centrifugált üledékéből nyert kenetek segítségével végeztük. Az üledékből a tárgylemezre ejtett cseppet magától beszáradni hagytuk és Giemzával megfestettük. Az üledéknek lemezre cseppentésekor a folyékony rész mennyisége ne legyen sok, mert annak túlzott mennyisége, kristályok képződésére vezethet. A coffeines próbareggelik sejtképével párhuzamosan *Szauter* vizsgálatainak megfelelően fehérjére, nyákra és savértékre vonatkozólag is végeztünk meghatározásokat. A sejtképet nemcsak eosinophiliára vizsgáltuk, hanem tekintettel voltunk a hámsejtekre, leukocytákra és pigmentsejtekre is. Az utóbbiak fontosságára *Szauter* hívta fel a figyelmet, rámutatva arra, hogy azok a gyomornyálkahártyába történt bevezetésekől származnak. Alakra azonosak a köpetben szívbetegben, infractusokban és súlyos bronchitisekben található szívhajsejtekkel.

A hámsejtek és leukocyták szerepe a sejtdiagnosztikában egyelőre tisztázatlan. A fehérje-positivitas a gastritis egyik kiegészítő és gyakran egyetlen positiv tünete.

A gyomortartalom sejtképi vizsgálatában az

eosinophiliát kell ma a legfontosabb tünetnek tartani. Ez az allergiás gastritis diagnostizálásában — mint az allergia karakterisztikus megnyilvánulása — döntő fontosságú.

Amíg a pigmentsejtek az aciditási értéktől függetlenek, addig az eosinophilsejtek a gyomorvándék aciditási értékeivel határozott vonatkozásban vannak. Eosinophilsejtek csak anacid, illetve szemben *Disque* és *Udaondo* állításával *Szauter* szerint hypacid esetekben is kimutathatók. Vizsgálataink csupán 104 esetre vonatkoznak, így *Szauter* 500 esetre vonatkozó eredményeitől a százalékos arányt tekintve érthetőleg kevésbé eltérnek. Amíg az említett szerző eseteinek 14.8%-ában mutatott ki helyi eosinophiliát, addig az általunk átvizsgált betegeknek csak 10.58%-ában tudtuk ezt kimutatni. Továbbá az említett szerző nemcsak anaciditásban, hanem 1–10 szabad HCl értékek mellett is nem ritkán (összes eosinophil eseteinek 23%-ában), sőt egy esetben 24 szabad sósav érték mellett is talált határozott helyi eosinophiliát, amit mi mindössze egy esetben 2 szabad HCl érték mellett találtunk.

Ezt az anaciditást az allergiás gastritis jellemző tüneteinek kell heveny esetben tartanunk. Panaszmentes időben hyperacid értékek is találhatók, melyek az allergiás gastritis paroxysmusokban való jelentkezésének felelnek meg. Az anaciditás nemcsak allergiás gastritisre jellemző, hanem egyéb allergiás kórfarmákban is jelentkezik, melyet *Criep* és *Ellory* vizsgálatai is bizonyítanak, akik allergiás betegek 50%-ában észleltek an- vagy hyperaciditást. Az anaciditás jelentőségére utal az allergia kialakulásában *Nolf* kísérlete is, aki alimentaris allergia esetén lúgos közegben bevitt fehérjével shockot támasztott, mely 3%-os HCl előzetes bevitelével, mint *Carnot* és *Slavu* igazolták, elhárítható. Az anaciditás a calcium felszívódását is megnehezíti, mely körülmény az allergiás tünetek kialakulását ismét csak elősegíti.

Hasonlíthatatlanul több esetben találtunk sok nyák-képzést kicsiny sósav érték mellett, mint nagyobb aciditásnál. 104 vizsgált gyomortartalomban 11 esetben 10.58%-ban találtunk eosinophilsejteket. Mind a 11 esetben megállapítottuk, hogy az eosinophilsejtek teljesen uralják a sejtképet és más sejtféleség legfeljebb egy kereszt értékelésben fordul elő. Ezenkívül sejtszegény képeket eosinophiliára negatív anacid esetekben kaptunk. A sejtkép szegénysége vizsgálataink szerint, minden valószínűség szerint, mind eosinophiliára pozitív, mind negatív esetekben az anaciditással áll kapcsolatban. Anacid és ennek következtében sejtszegény sejtképek esetében sokszor találunk eosinophiliát, ami arra látszik utalni, hogy az anaciditás és így a sejtszűke allergiás hajlamot jelent (*Nolf* kísérlete). De ha úgy tekintjük, hogy az allergia nem anacid talajon fejlődött ki, az anaciditást az allergia következményének foghatjuk fel, allergiás izgalmi tünetnek, amit allergiás betegeken panaszmentes szakban nyert hyperacid értékek igazolnak. Mindkét esetben a sejtképnek mondhatni leukocytá-mentes sejtszűkösségét az anaciditás okozná, illetve az azzal járó csökkent secretio, mely esetben a sejteknek a gyomorfalból történő kivándorlása nehezített. Allergiás eruptiók alkalmával a gyomornyálkahártya részéről kóros secretio indul meg, mely az allergiára jellegzetes eosinophil sejtekkel telített.

E feltevés kísérletes bizonyítása atropinos próbareggelivel történhetnék. Az éhgyomri váladék sejtképe, azután az atropinos próbareggeli után kapott sejtkép vizsgálata esetleg eldöntheti, hogy allergiás gastritis esetében eosinophilsejtekkel telített sejtképre az atropin milyen hatást tesz, már csak azért is, mert allergia esetén a vegetatív idegrendszerben mélyreható változások mennek végbe. Mindezek bizonyítása még további kísérletekre szorul.

Összefoglalás: A gyomortartalom mikroszkopos vizsgálata a diagnosis szempontjából rendkívül fontos. Fontosságát mi sem bizonyítja jobban, minthogy a gyomorpanaszosok több mint 10%-ában megtaláltuk az allergiás gastritisre döntő jelentőségű eosinophil sejteket. Így az allergiás gyógy mód alkalmazása is lehetővé válik. A ma is általánosan használt Ewald-Boas próbareggeli már eleve megfosztja az általános orvost attól, hogy esetleges allergiás gastritist kiderítsen. Már pedig a különben is makacs allergiás gastritis felismert kórkép esetén is erős problémák elé állítja az orvost. Az allergiás jelenségek felismerése mindenképpen fontos, mert a legkülönbözőbb allergiás gyomor-béltünetek a legsúlyosabb műtéti tévedéseket okozhatják, amint azt *Guttman* betege esetében is láttuk, akin, miután ovariumát, appendixét eltávolították, még cholecystectomiát is végeztek, míg végül is a görcsöket, vizenyőt, nyálkahártyavérzést okozó allergiát megállapították. Az egyéb allergiás tünetek figyelembe vételével az egyik legpontosabb és legkönnyebb eljárás a gastritisek kiderítésében a gyomortartalom sejtképének vizsgálata.

Az OTI vállalati pénztári rendelőintézetének közleménye. (Vezető-főorvos: gyéresi Szász Sándor.)

Tüdőbetegek hypochromaemiájának gyógyítása.

Irta: *Nemes J. György dr.*, a tüdőosztály vezetője.

A tüdőmegbetegedések kórlefolyásában a leggyakrabban észlelt kísérő, illetve következményes tünetekként állanak elő a cardiovascularis és anaemiás egyensúlyzavarok. Mindkét következmény kóroki közös ártalomra vezethető vissza s ez a tbc-s betegek *toxæmiája*. Lett légyen ez a hurutos és toxikus tényezőknek a beszűkült légzőfelületet károsító hatása után *közvetett* — avagy a haemopoetikus szervekre való *közvetlen* behatás következménye, mindkét esetben az élettani légesere legfontosabb belső szervében, a vörösvértestekben és nem kevésbé azok vértető haemoglobintartalmában is káros laesiók állhatnak be. A toxikus betegségeknek is kimutatható hypoxæmiák követhetik e súlyos keringési anaemiás tüneteket (*Fodor*).

A tüdőgümőkórban fellépő anaemiák, miként *Csiszér* is rámutatott cikkében, különböznek más secundaer anaemiáktól. Itt a vörösvérsejtszám kevésbé csökken, alig változik, avagy inkább polycythæmiát mutat. *Leibenson* a Pappenheim-féle vitalfestési eljárással a sejtek substantia reticulofilamentosájában súlyos tbc-s decompensatióknál ugyan a fiatal alakokhoz való eltolódást állapított meg, megfelelően *Gloor* állításának, mely szerint az erythropoetikus systemára ható enterogen mérég támadja meg a csontvelőt, mindazonáltal az alacsony maradó

haemoglobin érték és csökkentett fejlődési index azt mutatja, hogy itt az esetek nagyobb részében lényegében *hypochrom* anaemiáról van szó. *Felsen* szellemes haemoglobinmeghatározása nyomán ezeket, szemben a csökkent vörösvérsejtszámú *cytanaemiával*, kifejezetten *haemoglobin-anaemiának* is nevezi.

Midőn a tüdőbetegek általános állapotát és közérzetét rontó anaemiás tüneteket gyógykezelné, akarjuk, az előrebocsátott kórélettani megállapításokat figyelmen kívül nem hagyhatjuk. Nem fordulhatunk organikus vaskészítményekhez és vasas tápszerekhez, amelyeket az asszimilálni amúgy is csak renyhén tudó beteg szervezet megkötni, haemoglobinná képezni nem tud. Csak az a vas lehet hatásos, amelyből a szervezet a nagy haemoglobinvesztéséget pótolni képes és ez a kétvegyértékű *ferro* vas. *Starkenstein* ajánlotta ferrochlorid alakjában, minthogy a gyomor chloridjaival az anyagsere útján mint ferroalbuminát kötődik a vérpálya alakelemeihez; felszívódása *Wallbach* szerint a legoptimálisabb.

Ujabbban a vasadagolás mellett egyre nagyobb szerep jut egyidejűleg a réznek is, amelyet ugyan más-más indokolással *Robert* is ajánlott, *Cherbolicz* és *Stephani* a földfémek sorában a phisiotherapiába vonta. Olygodinamiás hatását nálunk *Aczél* vizsgálta bovin tbc-bacillussal szemben. A réztherápia, amely évszázadok óta a különböző anaemiáknál fellépő betegségeknek mindig újból feltűnt és amely az állatpathológiában is kiváló volt a bélféreg okozta anaemiáknál, az utolsó években tudományos alapot nyert. *Steibock* és munkatársai vizsgálatai alapján patkányok tejanaemiájánál kísérletekkel bizonyították, hogy a vas csak csekély réz adása mellett volt antianaemiás hatású. Nagyfokú anaemiás eseteket klinikailag kezeltek és majdnem naponként pontosan figyelemmel kísérték a vérképet. Minden eddigi helytelen antianaemiás kezelés, különösen májkivonatok, vas, arsen, csontok röntgenbesugárzása, lépkiirtás, vitaminok, stb., minden therapiái hatás nélkül maradtak. Csak csekély dosis réz vas mellett, amely egyedül bőséges adagolás esetén hatástalan volt, jelentős retikulocytakrisis lépett fel az anaemia gyógyulása kapcsán. Ránknézve a mikrocuprum therapia a vértképzésben elfoglalt kettős szerepénél fogva fontos: a) *Elvenhejm* és mások szerint, mint a vas katalysátora emeli a vér haemoglobintartalmát, b) serkenti a vörösvérsejtképzést. Utóbbi kérdéssel *Bence* foglalkozott. Bizonyítást nyert ugyanis, hogy a chemiailag tiszta, hatástalan vasat nagyon csekély mennyiségű máj hozzákeverésével hatásossá lehet tenni. Amikor a máj azon alkatrészét kutatták, amely a vasat ismét hatásossá teszi, kiderült, hogy nem valamely organikus alkatrész szerepel, mert ezek teljes elége után a visszamaradt hamu ugyancsak hatásossá tette a vasat. A hamu alkatrészeit vizsgálva e célból, kimutatták, hogy a *réz* (*Cu*) tartalma egymagában elegendő ahhoz, hogy a vasat éppoly hatásossá tegye, mint amilyen a megfelelő mennyiségű máj. Ez magyarázta meg azt a körülményt, hogy miért hatástalan a »chemiailag tiszta« vas és miért hatásos a gyógyszerkereskedelemben forgalomban lévő »tiszta« vas. Ez utóbbi mindig rézzel szennyezett!

A Cu. szerepe az élő szervezetben tehát igen fontos. A primitívebb állatfajok vérében a többi állatfajtak vastartalma haemoglobinja helyett réztartalmú haemocyanin van. A magasabbrendű álla-

tokban, így az emberben is a réz legnagyobb mennyiségben a májban foglaltatik és a réztartalom mennyisége tehát abban az életszakban nagyobb, mikor a máj még, mint vérképzőszerv szerepel. Schiff, Eliasberg és Joffe gyermekeken, Handowsky, E. H. Müller, K. Macholm azt találták, hogy bizonyos rézkészítmények a vérképzésre serkentőleg hatnak. Sajátságos módon azonban inkább a vvs-ek számbeli szaporodását segítik elő, ellenben elmarad a haemoglobinképzés, tiszta rézzel e célt nem tudjuk elérni, ami természetesen is, mert hiszen az anaemiák legnagyobb részében, így különösen vérzések esetén elvész a szervezet vastartalmának egy része és csak a vér ezen építőanyagának pótlása vezethet megfelelő haemoglobintartalom és a vörsejtek képzéséhez. Bence gastrektomizált állatok májának réztartalmát vizsgálva azt találta, hogy az fokozatosan csökken, 5–6 hónap után már csak nyomokban mutatható ki, ugyanakkor, amikor ezen állatokon súlyos anaemia fejlődik. Anaemia perniciosások májának vizsgálatakor pedig megállapította, hogy a réz a vashoz viszonyítva óriási mértékben csökkent. A réz tehát ezen esetekben a szervezet fő Cu-depot-jából eltűnik. Mindezekből arra következtetünk, hogy a réz mindig olyankor található meg a vérben fokozott mennyiségben, amikor a vörsejteknek számbeli szaporodása van jelen. Úgy látszik, hogy a réznek ebben jut fontos szerepe.

Ugyancsak Bence mutatott rá a májkészítmények antianaemiás hatékonyságra és azok réztartalma közötti szoros összefüggésre. A máj roboráló és vérképző hatása ismeretes, dacára annak, hogy a májtherápia hatásmechanismusának részletei jórészt még nincsenek felderítve. Legvalószínűbb, hogy a májhatóanyagok egyrészt a reticulo-endothelialis apparatus zavart működésének helyreállításával a reticulocyták számát szaporítják s annak érett vörös sejtekké való átalakulását segítik elő, másrészt a vörösvörsejtek kóros szétesését gátolják.

A májfunctio finom mechanizmusának részletkérdései jórésztben még felderítetlenek. Feltehető, hogy a csontvelő normalis működését a máj szabályozza; toxikus befolyások ezt a hatóanyagot elpusztítják és ezzel károsodik a csontvelő tónusa és működése is. A májtherápia eddigi legnagyobb diadalát az anaemia perniciosa gyógykezelésében érte el, de secundaer anaemiák eseteiben is kiváló hatásúak a májkivonatok.

Helyes elgondolás tehát, ha erélyes antianaemiás kombinációkba bevonunk valamilyen hatásos májkészítményt is, miként azt tbc-nél Dejust, Garin stb. kezdettől fogva ajánlották. Kimondott cardiavaszkuláris és angiospastikus vérszegénység kivételével fenti három antianaemiás tényező alkalmazása eddig is kedvező eredményekre vezetett akkor,

mikor gyermekek különböző tbc-s megbetegedéseivel kapcsolatban Kovács és Grigássy a Richter-gyár által előállított Fercupar-labdaccsal kísérleteztek. Kísérleteik előtt és után mérve a testsúlyt, számolva a vörösvörsejteket, a haemoglobin %-t, csaknem minden esetben a secundaer anaemiák megelőzésére és kezelésére igen alkalmas gyógyszernek találták.

Saját kísérleteinkben főleg idült specifikus és határesetként számító aspecifikus tüdő- és légút-megbetegedések kapcsán fellépő másodlagos hypochrom-anaemiák esetében adagoltuk a Fercupart. 5–5 embert választottunk ki az alant részletezett körformákból olyaténképpen, hogy közel teljesen hasonló esetek egyike csak kakodylinjectiót kapott egy kúrán át (20 inj.) míg a másik körülbelül 20 napon át Fercupart kapott, 3–6 szemet naponta.

I. Tbc. cav. station. pulm.

	hgb %	VVs. mill.	súly kg.	
K. J. 42 é.	67–75	6.8–6.0	56.4–57.5	Fercupar
S. F. 46 é.	70–71	6.0–6.2	59.0–59.3	Kakodyl

II. Tbc. fibronodosa, pleurit. adhaes.

G. I. 28 é.	65–84	5.9–5.8	52.0–53.0	Fercupar
B. H.-né 33 é.	72–80	5.5–5.7	53.4–55.0	Kakodyl

III. Tbc. hili l. utr. s. act.

B. S. 20 év.	58–77	6.0–5.7	49.0–51.2	Fercupar
F. J.-né 22 é.	63–64	4.9–6.9	53.0–53.50	Kakodyl

IV. Bronchitis chron. Emphysema

P. M. 58 é.	60–75	6.0–6.0	62.0–62.5	Fercupar
B. M.-né 52 é.	63–63	3.7–4.2	78.0–78.1	Kakodyl

V. Stat. asthmaticus.

E. Gy.-né 34 é.	65–78	4.8–5.0	50.0–52.5	Fercupar
V. S. 30 é.	65–70	4.3–4.8	48.0–49.0	Kakodyl

Kevés esetünk is igazolni látszik az eddig megjelent közlemények eredményeit, amelyek szerint másodlagos anaemiák gyógykezelését a Fercuparral a tüdőbetegségek legkülönbözőbb idült formáinál jelentős eredménnyel végezhetjük. E labdacok ugyanis perhepart (0.15 g) ferrum cloratum cryst. (0.5 g) és cupr. chlor. cryst. (0.0004 g) tartalmaznak cukros drázsírozásban.

E körülmény mind a felnőtt, mind a gyermek-praxisban szedését könnyűvé teszi, a nehezen emésztendő máj- és vaskészítményeket pótolják. Hamarosan javul a betegek közérzete, étvágyuk fokozódik, a kísérő fejfájások ritkulnak, testsúlyuk nő. Míg azonban az arzénkúra inkább a vörösvörsejtek számának növelését okozza, a Fercupar — a bevezetőben említett gyógyszerhatástani alapon a vérfestéktartalom növelésével a nyálkahártyák vérfestéktelődésének látható jeleivel felel s a beteg bőrszínének természetes élénkülése pszichológiai jó hatást vált ki, amit a beteg is szívesen ír a gyógyszer javára.



GYULLADÁST SZÜNTETŐ MÉLYHATÁSÚ
ANTIPHLOGISZTIKUM

Gyártja és
kizárólagos kizárólagos
Diachemia

STRAUB SÁNDOR GYÓGYSZERVEGYÉ-
SZETI ÉS VEGYÉSZETI LABORATORIUM
BUDAPEST, TERÉZ-KÖRÜT 27.

125 gr ára P. 3.70

Dr. Deér Endre serobakteriologiai laboratoriuma

BUDAPEST, IX., RÁDAY-UTCA 18. TEL. 186-006

Coliantin
Gonoantin
Pertusantin
Staphyloantin
Streptoantin
Staphylo-streptoantin
Typhoantin

VACCINÁK

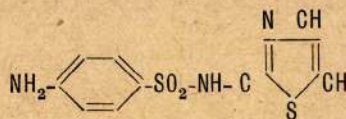
SEC. DR. DEÉR

VÉRSZEGÉNYség ELLEN

TABL. FERRI PROTOXALATI C. ARSENO **Dr. DEÉR**

CIBAZOL

p-aminobenzolsulfamidothiazol



Peroralisan hatékony, kitűnően tűrhető
 chemotherapiás szer bakteriumos
 fertőzések kezeléséhez.

Lobaris- és broncho-pneumonia
 Heveny agyhártyalobok
 Heveny és idült gonorrhoea
 Más localizált coccusfertőzések
 Általános coccusfertőzések



Cibazol tabletták á 0.5 g
 Csomagolások 20 és 250 drb.-bal
 Ampullák á 5 kem (1 gr Cibazol- Na)
 Csomagolások 5 és 50 drb.-bal

Kísérleti mintát az orvos uraknak kívánságra készséggel küld:
 Jakitsch János Budapest, V., Rudolf-tér 5.
 A Gesellschaft für Chemische Industrie in Basel, (Schweiz) képviselője.



Verodigen

**Digitalis-készítmény,
leggyorsabban hat,
a szervezet jól tűri**

Fiola 12 tablettával
Fiola 25 tablettával
Doboz 5 kúppal
továbbá Verodigen-tejcukor 1 : 125

1 tableta = 0,1 g fol. digitalis
mint infusum
1 kúp = 0,15 g fol. digitalis
mint infusum

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Magyarországon forgalomba hozza:

Walter és Dummel, Budapest, V., Mérleg-utca 10

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Gömöri Pál és Binder László.

Övsömör gynergén kezeléséről. *A. Stöckly.* (Schw. Med. Wschr. 1942. 47.) 12 övsömör eset kapcsán beszámolt a V. Friis-Møller által ajánlott gynergén kezeléséről. Csaknem minden esetben már az 1–2 injectio után, igen jelentős javulást, a fájdalmak megszűnését és a hólyagok beszáradását észlelte. Az adagolásban többnyire Friis által ajánlott semához tartotta magát: 6 egymásután következő napon, $\frac{1}{2}$ cm³ gynergés s. c. Mellékhatások — émelygés, hányás, hányinger stb. — csupán 2 esetben jelentkeztek. Raynaud kórban, valamint kifejezett keringési elégtelenség eseteiben, a szer alkalmazása ellenjavalt. (B. 23.)

Kováts János dr.

Gyomor és vörösvérsejtképzés. *E. Wolheim.* (Schweiz. Med. Wschr. 1942. 8. sz.) A gyomor szerepe a vörösvérsejtképződésben ismert és az achylin összefüggése a hypo-, illetőleg hyperchrom anaemiával is bizonyított. Gyomorresectio szintén anaemiához vezethet, amit állatkísérletek is igazolnak. A hypochrom-microcytaer anaemia vashány, hyperchrom-mikrocytaer anaemia perniciosus, a Castle-féle intrinsic factor hiányának a következménye. Sprue és Pellagra szintén hyperchrom anaemiát okozhat az extrinsic factor hiánya által. Az extrinsic és intrinsic factorok hiánya a máj antiperniciosa-védőanyagának hiányát eredményezik. A szerző kutyákon és nyulakon a gyomor teljes, vagy részleges vénás blokkírozását eredményező trombosist hozott létre. A gyomorból nemcsak a pylorus mirigyek által termelt Castle-féle ferment, valamint a hypothetikus antianaemiás Addison származik, hanem egy más, a fundus-mirigyek által termelt factor is, mely a normalis erythrocyta képzéshez feltétlenül szükséges. Ez az új gyomorfactor csak akkor hathat, ha a vérpályán át a májhoz jut, ahol valószínűleg egy májfactor teszi hatékonná. Az említett factorok és erythroethikus reactio termékük nem azonos az antiperniciosa-védőanyaggal. (B. 17.)

Pálos László dr.

A gyomorbetegségek kezelése. *E. Schliephacke.* (Münch. med. Wschr. 1943. 4. sz.) A gyomorbetegségek kezelésében ma már nemcsak a gyomor nyálkahártyára, hanem az egész szervezetre akarunk hatni. A nem specifikus fehérjével, hormonokkal ú. m. ovarium, mellékvese stb. való kezelések is ezt a célt szolgálják. A szerző a lépből Prosplennek nevezett anyagot állított elő, mely az egész szervezetre desallergizálólag hat és a vegetatív rendszer útján a gyomorra is sajátos hatást fejt ki. A hyperacid gyomor secretióját csökkenti, a hypacidet emeli, a normacidot alig befolyásolja. A Prosplen desallergizáló hatása a kétségtelenül gyakori allergiás gastritisek eseteiben érvényesülne, továbbá a reticulo-endothel-rendszer működését is serkenti, amit a phagocytosis-index jelentős emelkedése bizonyít. A kezelés alatt álló betegek a mai diétás elveknek megfelelő, nem túlszigorú étrendet tartották. A rövidhullámú kezelés friss ulcusok esetén nem, de callosus ulcusok és gastritisek esetén jó hatású. A szerző 101 ulcus eset kapcsán 77%-os, évekre tartós jó hatásról számol be. Prosplen adagolási módja injectio, melyből 11 amp. elegendő, majd per os 3×20 csepp étkezés előtt. Gastritisek esetén Kamillargen és Targesin adagolása jó hatásúnak látszik. (B. 20.)

Pálos László dr.

Experimentális elektroshock. *Heilbrunn és Weil.* (Arch. Neurol. and Psychiatry. 1942.) Hasonlóan a pszichiátriában egyes psychosisok kezelésében újabban szokásos eljáráshoz, nyulakon elektroshockot hoztak létre. Az állatok többségén bénulás lépett fel. Szövet-tani vizsgálattal az állatok túlnyomó többségén a központi idegrendszerben vérzések voltak kimutathatók. Az esetek kisebb részében a tüdőben és a vesében is volt vérzés. (M. N. L.)

Gömöri dr.

Acidosis hyperthyreosisban. *Bartlett.* (Arch. Surg. 1942.) Állandó étrenden tartott 15 hyperthyreosisos beteg acidosis-t talált, melynek részben a ketosis az oka. A tartalék alkali általában a normális határokon belül mozgott, míg a beteg nyugalomban volt, de mozgás hatására azonnal csökkent. Gyógyulás esetén (műtét) csökkent a vizeletben az organikus savak kiürítése, a vér tartalék alkali tartalma emelkedett. (M. N. L.)

Gömöri dr.

Neohexal

A húgyutak valamennyi fertőzéses folyamatának, továbbá az influenza és a meghűléses betegségek kezelésére.

Övegcsőben 20 db 0.5 g-os tablettát



J. D. RIEDEL - E. DE HAËN A. G. BERLIN — Magyarországi képviselő: Dr. Lányi Lajos, Budapest, VIII., Rigó-utca 10

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Kerpel-Fronius Ödön.

Diabetes mellitus prognosisa és késői complicatiói a gyermekkorban. *Rosenbuch.* (Ann. Ped. 157. 297) Szerző szerint a diabetikusok halálozási statisztikája kb. 24%. A késői complicatiók alacsonyabb százalékban jelentkeztek, mint az insulinaera elején várták. A tuberculosis szerinte nem játszik oly nagy szerepet a diabetikusoknál. Előfordult nephropathia, lipoidnephrosis és egy diabetikus polyneuritis. Szívkárosítás nehezen mutatható ki. Ellenben a szemcomplicatiók nagy szerepet játszanak. Kb. 50%-ban a lencse károsított. Subscapularis zavarosság mellett cukorárpát is találunk. Javaslatára szerint minden diabetikust szemészeti-
leg ki kell vizsgálni. Az insulinadást korán kell bevezetni, hogy ezáltal az anyagcsere károsítást, valamint a belső secretiók egyensúly megzavarását elkerüljük. (K. 26.) *Pozsonyi József dr.*

A sulfamilamidok hatásossága scarlátnál, különös tekintettel a Tibatinra. *Stranigmann.* (Arch. f. Kh. 129. 3.) Mint az Elendron és az Eubasinum, úgy a Tibatin is hatástalan a toxikus scarlát esetében, míg septikus scarlátnál, főleg a bakteriális korai complicatiók idején (angina necroticans, sinusitis stb.) alkalmazása haszonnal járhat. A betegség második szakaszának bakteriális jelenségei (lymphadenitis, otitis media, homlok és melléküreggyulladások) Tibatin korai adagolásával kedvezően befolyásolhatók, míg a rheumatoidekora nem hat. Nephritissal kapcsolatos tapasztalatunk nincsenek. Tibatin prophylaktikus alkalmazása a complicatiókat észrevehetően nem befolyásolja. Gyerekeknek 2-6 évig 2-4 g-t, 6-14 évig 4-6 g-t, felnőtteknek 8-10 g-t adnak naponta 2 részletben intravenásan és csak ritkán intramuscularisan. Komolyabb károsítást a relativ magas adagolása mellett sem észleltek. (K. 35.) *Reischl Edgar dr.*

Idegentestek a gyermekek béltraktusában. *Grob.* (Ann. Ped. 157. 303.) Nyeléskor az idegentest leginkább az oesophagusban, gyomorban vagy a duodenumban akad meg. Egyes szerzők több hétig, mások már 5-6 napi egyhelyben való stagnatio után operálnak a perforatio veszélye miatt. (Duodenumperforatio 50%-ban halálos). Vékony, hosszú idegentestek előszeretettel a gyomorban akadnak meg, ahonnan eddig csak gastrotomiával lehetett eltávolítani, mert a Jackson-féle peroralis gastroscopia rendkívül nagy felszerelést kíván. *Grob* egy új műszert ír le, mellyel mágnes segítségével az idegentestet el lehet az oesophagusból vagy a gyomorból távolítani. Gyomorsondára erősít egy henger alakú solenoidot, mely a sonda belsejében vezetett dróton át egy akkumulátorból elektromos áramot kap. Röntgenátvilágítás mellett a gyomorba levezeti az electro-mágneset s mikor az az idegentest közelében van, bekapcsolja az áramot. Az idegentest a mágneshez hozzátapad s így a cardián és az oesophaguson át is ki lehet húzni az idegentestet. E műszerrel ambulancián, altatás nélkül lehet gyermekeknél az idegentestet eltávolítani. (K. 30.) *Cziglány Flóris dr.*

Frissítse fel könyvtárát!

Nélkülözhetetlen orvosi szakkönyvek!

Most jelent meg!

A Basedow-kór belgyógyászati kezelése

Irta: Dr. Matits Lajos a Kékesszálló Magaslati Gyógyintézet vezető orvosa. Tíz év óta áll fenn a Kékesszálló Magaslati Gyógyintézet, mely idő alatt közel 1000 basedowos beteget kezeltek benne. Az így szerzett tapasztalatok módot adnak arra, hogy ez a könyv minden kérdésre, — mely basedowosok gyógyítása körül felmerülhet, — kimerítően és pontosan feleljen. Gondos szép kiállításban **P 12.-**

A DIATHERMIA ÚJGYÓGYELJÁRÁS

és klinikai alkalmazása

Második átdolg. bőv. kiadás. Dr.

Kövesligethy Iván c. rk.

tanár műve 106 ábrával **P 16.-**

sputum vaccina elmulsióval tbc.,

asthma és a tüdő hurutos megb-

tegedéseinél. Irta: Dr. Csa-

ba József **P 4.-**

Kozmetikai készítmények előállítás

Elméleti és gyakorlati kézikönyv. Kemény Elemérné okl. vegyész műve, 376 oldal gazdagon illusztrálva, kötve..... **P 29.-**

Röntgenvizsgálati módszerek

Második javított és bővített kiadás 264 oldalon 83 ábrával, Dr. Polgár Ferenc műve, kötve .. **P 16.50**

A vitaminok és jelentőségük az orvosi gyakorlatban

Irta: Dr. Góth Endre **P 4.50**

NOVÁK RUDOLF ÉS TÁRSA

Orvosi Szakkönyvkereskedés és Tudományos Könyvkiadóvállalat

BUDAPEST, VIII., BAROSS-UTCA 21.

METALIX RÖNTGEN

RÉSZVÉNYTÁRSASÁG

BUDAPEST, IV., MÚZEUM-KÖRÚT 37

TEL. 182-680, 383-135.

GERULKIN-CHINOIN

Gyomor- és vékonybélfekély histidin-kezelésére

Gyors klinikai javulást hoz létre!

A gyógyulás időtartamát megrövidíti!

Az étrendi kezelést megkönnyíti!

10 ampullás dobozok

STRYCHNOPHOSPHARSEN, AZ IDEGCASUSOK ROBORANSA

„CERTA” GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R.T. BUDAPEST

BÖRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Szép Jenő.

Tapasztalatok P-vitaminnal (Citrinnel) az ekzema kezelésében. *Hüllstrung és Hack.* (Dermat. Wsch. 117. 31.) A citrin mind az allergiás, mind a nem allergiás eredetű ekzémánál csökkenti a túlérzékenységet és klinikai lefolyását kedvezően befolyásolja, bár az állatkísérletben elért feltűnően jó eredményeket nem közelelti meg. A gyógyulás idő megrövidülése csupán néhány esetben írható a citrin javára. A citrin a szervezetből gyorsan kiválasztódik, ezért hatása is gyorsan megszűnik. A szerzők 5 napig naponta kétszer érbe 3–3 cm³-t adták, de inkább izomba és hosszabb időn át adását javasolják. A citrin hatását a sejtfalak átteresztőképességének csökkentésével magyarázzák. (Sz. 36.) *Kertész Tivadar dr.*

Az anthrax kezelése sulfonamid vegyületekkel. *Gold Herman.* (Archives Internal Medicine, 1942 november.) 42 anthraxos beteget sulfonamid vegyületekkel kezelt és 39 esetben kitűnő eredményt ért el. Egy esetben rosszabbodás következett be sulfapyridinnek és ennek natrium sóinak erélyes alkalmazása után, de ez is meggyógyult anthraxellenes serum nagy adagjainak, neoarsphenaminnek befecskendezésétől és immunitranszfúzióktól. Egy beteg nem reagált a kellő mennyiségű sulfathiazolra, de meggyógyult a serum alkalmazása után. Más esetben túl korán szüntette be a sulfapyridines kezelést és helyette anthraxellenes serumot adott, jó eredménnyel. Sulfapyridin volt a leghatásosabb sulfonamid készítmény; közel áll hozzá a sulfathiazol, majd pedig a sulfadiazin következik. De tekintettel arra, hogy a sulfapyridinkezelés folyamán gyakran mutatkozik nausea és hányás. *Gold* a sulfathiazolt tartja jelenleg a legmegfelelőbbnek. A sulfathiazol nagy adagokban kell adni addig, amíg az oedema megszűnik. Ha ilyen módon három nap múlva nem reagál a beteg, akkor anthraxellenes savót is kell adni. A szerző szerint a sulfonamid készítmények jól helyettesíthetik az antianthrax-serumot. Az említett chemoterapiás szereket könnyen lehet alkalmazni, használatuk megrövidíti a kórházi tartózkodást és a betegség idejét és gazdaságos is. (M. N. L.)

Szép Jenő dr.

Püspöki, dunántúli városban, 6 szobás fizioterápiás orvosi rendelő apparátusokkal ellátó, vagy átadó. Évtizedek óta a városban egyedülálló. Jellege »Prakszis aurea«.

Laxoptin

Ideális, enyhe hatású hashajtó. Éveken át jó eredménnyel szedhető

Lalkus propagandával nem vezetjük a közönséget öngyógyításra

„NAGY KRISTÓF” gyógyszerár, IV., Váci-utca 1

ELME- ÉS IDEGGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Horányi Béla

Testoszon-propionát készítmények férfibetegek involutiós psychosisában. *Davidoff, Eugene és Goodstone.* (Arch. Neurol. & Psychiatr. 1942.) Szerzők 20 involutiós psychosisában szenvedő férfibeteget kezeltek heti 75 mg testoszon-propionáttal. Hangsúlyozzák, hogy a kezelést lehetőleg hosszú időn keresztül kell folytatni, esetleg három hónapon át is. A betegek kb. 65%-a feltűnő javulást mutatott, míg a testoszon-propionáttal nem kezelt kontroll-esetek közül csupán 46% mutatott ugyanolyan fokú javulást. Különösen az enyhébb esetek reagáltak jól. Erre való tekintettel szerzők úgy gondolják, hogy a testoszon-propionát készítmények mint diagnosztikai eszközök felhasználhatók a súlyos és kevésbé súlyos esetek elkülönítésére. (M. N. L.) *Horányi Béla dr.*

A gennyes agyhártyagyulladás sulfadiazin kezeléséről. *Feldman H. A., Sweet L. K. és Dowling H. F.* (War Medicine, 1942.) 24 meningococcus-meningitis eset közül 22 szövödmények nélkül meggyógyult sulfadiazin adagolására; a betegek életkora 10 hónap és 57 év között volt. Öt B. H. influenza-typus által okozott meningitis eset közül négy gyógyult meg, egy meghalt. Hat pneumococcus-meningitis eset közül egy sem gyógyult meg. Szerzők szerint a sulfadiazinok csupán a meningococcus-meningitisnél adnak jó eredményt. A pneumococcus és influenza meningitiseknél specifikus serum adagolandó. (M. N. L.) *Horányi Béla dr.*

A hypoglykaemiás shock-kezelésről. *Nottkin J., Watts L. E., Shannon G. W., Niles, C. E. és D Natale F. J.* (Journ. of Nerv. and Ment. Dis. 1943.) 100 schizophreniás beteget kezeltek insulinnal, közülük 83 több mint 18 hónapja volt beteg. 37%-ban észleltek különböző fokú javulást. Minél hosszabb ideig tartott a megbetegedés, annál kevesebb volt a remittáltak száma. A javultak közül 54% hamarosan visszaesett. A kezelt férfibetegek nagyobb százalékát javulást és kisebb százalékát visszaesést mutattak, mint a nőbetegek. Szerzők észlelései szerint a spontán remissiók száma lényegesen nagyobb férfibetegeknél, mint nőbetegeknél. Teljes gyógyulás egy betegnél sem következett be. 7 esetben észleltek csigolyatörést, ezzel szemben egy esetben sem észleltek ficamokat és hosszúcsont-törést. (M. N. L.)

Horányi Béla

Elektroshock-kezelés következtében észlelt halálesetekről. *Ebaugh, F. G., Barnacle, C. H. és Neuburger K. T.* (Arch. Neurol. and Psychiatr. 1932.) Szerzők 2 esetet ismertetnek, ahol a halál az elektroshock-kezelés következtében lépett fel. A boncolásnál az első esetben coronaria thrombosis találtak, a második esetben a halál okát a boncolás nem derítette ki. Szerzők a légzőcentrum bénulására gondolnak. A kórszövet-tani vizsgálatnál az egész agyvelőben kistokú változások voltak észlelhetők. (M. N. L.)

Horányi Béla

Influenza és meghűléses betegség esetén

PANAFLU-CHINOIN

10 és 20 tabletta

5 suppositorium

KÖNYVISMERTETÉS

Ösztön és bűnözés. A gyermekkori bűnözés lélektana orvosok, jogászok, nevelők és művelt nagyközönség számára írta *Benedek István dr.* (Budapest, 1943. Eggenberger-féle könyvkereskedés. 247 lap. Ára 25 pengő.)

Egészen helyesen mondja az előszóban Németh Péter dr. ny. kúriai bíró, évek hosszú során át a fiatalok bírói szolgálatának nagy tapasztalatú tanácselnöke, hogy minden olyan esetben tehát, mikor a fiatalok bírájában kételyek merülhetnek fel, szakavatott orvos-pszichológustól és gyermekpszichiátertől nyerhet szükséges fölvilágosítást. Gyermekelmeorvos azonban csak az lehet, aki klinikai elmeorvos, máris. Szerző orvosnak írja magát, tehát nem elmeorvos, csak szakorvos-pszichológiai laboratóriumban dolgozott. Ez az egyoldalú képzettsége nyomja rá bélyegét a munkájára. Jó gyermekelmeorvos csak évtizedes általános klinikai elmeorvosi gyakorlat és tapasztalat után lehet valaki. Ez az oka, hogy kevés gyermekelmeorvos van. Ziehen is csak idősebb korában merte megírni a gyermeki elmebajokról szóló könyvét. Súlyosbodik ez a bűnöző gyermek esetében, ahol nemcsak orvosi tudás, hanem elsősorban nagy tapasztalat szükséges. Másrészt gyöngéje a munkának a levitézett pszichoanalitikai álláspont, ez megint egyoldalúsága a szerzőnek. Általában sem, de legkevesebb a gyermeki elme kutatásában állta meg helyét a pszichoanalízis. Ehelyett sorsanalízist mondani csak árnyalati különbség. Érdemben nem tárgyalhatom a munkát, csak felsorolom, hogy az egyes fejezetek a gyermeki bűnözésről, a kriminálpszichológia segédtudományairól (az elmekörtán meg sincs említve!), ösztönről és bűnözésről, a bűnözők vizsgálatának módszertanáról, a játékos bűnözésről, az indulati bűnözésről, a szélhámosról és az én-beteg bűnözésről, szólnak. Végül áttekintést ad és a sorsanalitikus gyógyítás, javítás és nevelésről szól. Egy függelékben a szakfejezések jelentését magyarázza. Ehhez csak azt jegyezzük meg, hogy minek kell ismert fogalmak bevett elnevezése helyett újakat alkotni, így a »Weglaufen«-t csavargásnak mondani elszökés helyett, a Donáth »periomania« nevét miért kell »vándorlási ösztönnek« (Wandertrieb) mondani, mikor a megszokott elnevezés kóros elkóborlás, vagy más helyen a »Landstreicherei« kóborlásnak van lefordítva, holott ez a csavargás, Landstreicher = csavargóval, a »Bummelei« pedig kószálás, csatangolás, »Bummei« a munkakerülő stb. A kifejezések szabatosága egyik föltétele annak, hogy megértsük egymást. A kórrajzok nagyon kivonatosak, de érdekesek.

Reuter prof.

Ärztliche Probleme der Leistungssteigerung. Írták: Prof. dr. M. Hochrein és I. Schweicher. 153 oldal, 32 ábrával (Georg Thieme, Leipzig, 1943. Ára fűzve 7.20 MK.).

A Németbirodalom háborús erőfeszítésének teljén jelent meg ez a monographia. A kérdés időszerű, hogy lehet az egyén testi és szellemi erejét magasabb fokra emelni, gazdaságosabban kihasználni. Szerzők részletesen ismertetik a munka élettanának és klinikumának eddigi eredményeit. A könyv három részre oszlik. 1. Munkateljesítmény fogalmának kifejlődése, a teljesítményt befolyásoló külső és belső tényezők ismertetése. 2. Fáradás teljesítményt gátló hatása. Részletes klinikai élettani ismertetése a fáradás problémájának. 3. Teljesítmény növelésének lehetőségei. Az egyes fejezetek ismertetésében a szerzők főleg az európai irodalomra támaszkodnak. A részletes és rendszerezett irodalmi ismertetés, különösen a nem szakemberek számára nyújt értékes útbaigazítást. Különösen ajánlható ez a könyv azon orvosok figyelmébe, akik fizikai munkát végző egyének egészségére felügyelnek. Legfőbb értéke a könyvnek, hogy elméleti szakemberek munkásságának ismertetését, a klinikai gyakorlati eredményekkel hozza párhuzamba, ezáltal igen szerencsésen tudja az elméleti és klinikai eredményeket egyesítve a gyakorlati orvos számára használhatóvá tenni.

Hajdu István dr.

Lábhajtós fűrógéppel együtt teljes fogászati felszerelés és fogászati anyag eladó. Vitéz Mezey Kálmán városi orvos, Pápa.

Hozzászólás Tauber L. dr. „Platyspondylia esete” c. közleményéhez.

(O. H. 36. sz.)

Tauber László dr. közleményéhez egy általam észlelt eset ismertetése keretében óhajtok hozzászólni, mely hozzájárulhat Polgár által leírt kyphosis osteoporotica praesenilis aetiologiája és kezelése kérdésének tisztázásához.

Egy 50 év körüli nőről van szó, akinek kórelőzményében többévre visszanyúló gerinc-táji és néhány más izületre (kéztő, térd) is kiterjedő fájdalmak szerepeltek. Ezenkívül strumája is volt, hypofunctiós tünetekkel, továbbá otosklerosisa. Valószínű, hogy gerinc- és izületi panaszait is endokrin, nyilván parathyreoid dysfunctióban kell keresnünk. A röntgenkép az I. lumbális csigolyán teljesen a Polgár által leírt elváltozásokat mutatta. A betegnek olyan nagyfokú fájdalmak voltak, hogy hosszú hetek óta az ágyában is alig volt mozgatható.

A fájdalmak csökkentése céljából néhány 1%-os novocain befecskendezést alkalmaztam a kóros csigolyatestre, mely annyira javított állapotán, hogy az ágyából fel is tudott kelni és fűző elkészítéséhez szükséges gipszintát tudtam róla készíteni. Az ágyéki gerincoszlopot rögzítő és tehermentesítő fűzőben azután állandóan fennjárt és vissza tudott térni normális életmódjához. Sajnos, néhány hónap múlva eltűnt szemeim elől és így további sorsáról nem tudok. Mégis azt hiszem, hogy minden platyspondylia nál érdemes ezzel a kezelési móddal, különösen a fűzőviseléssel próbálkozni.

Soltész Ferenc dr.

seb. és orthop. szakorvos,
Munkács, állami gyermekmenhely

Válasz Baló József prof. megjegyzésére.

(O. H. 38. sz.)

Köszönettel tartozom Baló professor úrnak, hogy cikkével felhívta az illetékesek figyelmét az általam leírt kullancs-csípés okozta betegségekre és egyben útmutatást adott az elvégzendő kísérleti és laboratóriumi vizsgálatokhoz. Ezeket természetesen a nyárádmagyarósi közegészségügyi körben (Maros-Torda vm.), ahol közegészségügyi szolgálatot teljesítettem, nem volt alkalmam és módom elvégezni és így kizárólag a betegek megfigyelése alapján hangsúlyoztam, hogy az általam észlelt betegség hasonlít az amerikai Rocky Mountains spotted fever-hez.

A betegséget átvivő kullancs Döhrman Viktor, a m. kir. Gyapjúminősítő Intézet adjunctusa útmutatása szerint identificáltatott és a kir. m. Pázmány Péter Tudományegyetem Állattani Intézetének információja szerint neve: *Margaropus (Boophilus) annulatus* Say (Lehrbuch der Zoologie, Claus-Grobben-Kuhn, 1932, 666. o.), úgy, hogy ha én a *Boophilus annulatus* Say nevet vettem fel közleményemben, az a dolgok lényegére nézve, azt hiszem, nem bír döntő befolyással.

Végül kötelességszerűen megemlítem, hogy cikemet honvédelmi kirendelésem helyén írtam meg és hogy cikkemet az Orv. Hetilap azért tartotta érdemesnek a közlésre, mert közleményem célja főként az volt, hogy felhívjam kartársaim figyelmét az általam észlelt betegségekre és az átvivő parazitára.

Solti Ferenc dr.

Előfizetőinkhez.

Néhány előfizetőnk kifogást emel az Orvosi Hetilap hirdetéseinek nagy száma, szerintük túlságos térfoglalása miatt és voltak, kik pontos statisztikát készítettek a szöveg és hirdetési tér arányairól, mely szerint a Hetilap oldalainak 40%-át hirdetések foglalják el.

E tényeket nincs módunkban megcáfolni, mert tényleg a felére zsugorodott Orvosi Hetilap 7—8 oldalát ma hirdetés foglalja el, mire azonban anyagi szempontból a lap és társlapjai fenntartása érdekében szükségünk van. Kívülállók nem tudják, mily nehéz a helyzetünk a mai körülmények között és hogy éppen a lap tekintélyének és »niveau«-jának fenntartása érdekében eddig csak ez évben több mint 20.000 pengő értékű hirdetést utasítottunk vissza helyszűke miatt. A panaszkodók csak arra emlékeznek, hogy a Hetilap a békés időkben 32—36 oldalon jelent meg, amihez ez a 7—8 oldalnyi hirdetés nagyon is illett. Mikor kiadták a lapkorlátozási rendelkezést, lapunk terjedelmét 18 oldalra kellett csökkentenünk az előfizetési díjak minden leszállítása nélkül. Mivel éppen a magyar orvosi rend és kultúra érdekében ebbe belenyugodni nem tudtunk, kértünk egy újabb lapengedélyt az *Orvostudományi Közlemények*-re, melyet első évben havonta egyszer, majd mikor ez nem bizonyult elégnek, kéthetenként *ingyenes* mellékletként küldtünk meg minden előfizetőnknek, s amelyben hirdetéseket egyáltalán nem közlünk, hanem azt kizárólag szake cikkek és egyesületi ülésjegyzőkönyvek számára tartjuk fenn. Összehasonlítva a múltat a jelennel, tárgyilagos szemlélettel megállapítható, hogy míg hajdan a Hetilap magában évente 1664—1700 oldalon jelent meg, addig most a Közleményekkel együtt 1708—1730 oldalon kerül ugyanannyiért előfizetőink kezébe, tehát lapunk eredeti terjedelmét így sikerült fenntartani. Természetes, hogy a Hetilapban a szöveg és hirdetés aránya csaknem egyenlő 60—40%, mert hirdetőink ehhez a patinás, régi külföldi megbízóik előtt is ismeretes sajtóorgánumhoz ragaszkodnak, de meg magunk is igyekeztünk az új, kiegészítő szervünket hirdetésmentesen fenntartani. Ha tehát számításba vesszük a Közlemények kéthetenkénti 32 oldalát, a helyzet nem oly kirívó, mint ahogy azt a kifogások feltűntetik.

Anyagi szempontból is meg kell világosítanunk a dolgokat az abban járatanok előtt. Az előfizetési díjakat eddig egyáltalán nem emeltük, noha az előállítási költségek, posta és adminisztráció több mint 100%-kal emelkedett. Ezt az alig remélt lehetőséget felerészben hirdető terünk *értékelkedésének* (mert térfogatban nem haladja meg a régi Hetilapban elfoglalt terjedelmet), felerészben pedig lapunk növekedő kedveltségének: *előfizetőink jelentékeny szaporodásának* köszönhetjük, ami számunkra legörvendesebb tény, s ami bennünket minden szemrehányással szemben megvéd és megnyugt. Számításba kell venni még azt a körülményt is, hogy a *Magyar Orvosi Archivum* kiadása úgyszólván teljes mértékben az Orvosi Hetilapot terheli, mert kultúránk nagy munkása és vezére, Klebelsberg Kunó gróf, ki a teljesen tönkrement és már csak 800 előfizetővel 8 oldalon tengődő Orvosi Hetilapot a V. K. miniszterium tulajdonába váltotta és annak szerkesztését és kiadását reám bízta — ezt az elméleti tudományok művelése érdekében így tartotta helyesnek és szépnek. Néhány anyagi természetű példát sorolunk

fel, ami magyarázza mai szükséghelyzetünket: 1940-ben a 18 oldalas Hetilap előállítása 375 pengőbe került, addig ugyanaz ma számonként 1126 pengőbe kerül. Ugyanilyen az arány a Közlemények és a Magyar Orvosi Archivum előállításában is. A klisék tekintetében is hasonló a helyzet, melyekből csak indokolt nagyobb tételeket háritunk át a szerzőkre, míg azok 90%-át mi viseljük szemben a múlttal, mikor ugyancsak anyagi okokból nagyrészt szerzőinkre kellett háritanunk azt. Hogy mennyire ügyelünk még ma is előfizetőink érdekeire, mutatja az a tény, hogy most, mikor a Sajtókamara közgyűlési határozattal elrendelte az előfizetési díjak 70%-os emelését, éppen mi voltunk azok, akik ez ellen tiltakoztunk és felszólamlásunk eredményeképpen a mi emelésünk csak 40%-ra fog terjedni, s az is csak 1944 januárjától fogva. Hogy mind Hetilapunkat mind az Orvostudományi Közleményeket is kénytelenek leszünk újabb 20%-kal hamarosan csökkenteni, ez ellen a kormányrendelet ellen már semmit sem tehetünk.

Amint mindezekből látható, helyzetünk a sok hirdetés ellenére sem rózsás és valóban sokszor súlyos anyagi gondjaink vannak, midőn egy-egy újabb vagón papír lekötéséről és a nyomda áremelésének megbírájáról van szó. Csak egyet nem tehetünk, amit pedig leginkább szeretnénk és kellene tennünk: lapunk terjedelmének növelését. Pedig ma öt egyetem és számos kitűnő kórház ontja felénk cikkei sokaságát, sőt sok értékes kollegának, hadbavonult kartársnak is van tanulságos mondanivalója, aminek mind csak örülni kellene: és mi közelharcot kell hogy vívjunk a cikkek rövidítéséért és hónapokig kell várakoztatnunk szerzőiket megjelenséikkel.

Ilyen körülmények között azt hiszem minden előfizetőnk és olvasónk fel fog menteni bennünket az üzleti szellem túlkapásának vádjá alól; hiszen a haszon, ha volna is, nem minket illet, hanem a kultuszminisztériumot. Azzal is legyen tisztában mindenki, hogy onnan semmi subvenciónak nevezett segítyt nem kap az Orvosi Hetilap, miután 1923-ban és 1924-ben élvezte azt s a reákövetkező évben bejelentette, hogy meg tud élni a maga lábán, ami szerintem becsületbeli és hazafias kötelesség volt. Ezeket az össze és minden titkunkat felfedő sorokat arra szántuk, hogy megköszönve az érdeklődést és kritikát, mit meg vagyunk győződve, közérdekből kaptunk, megnyugtassuk bírálóinkat, hogy a belénk helyezett bizalommal, a reánk bízott rendi, tudományos és orvosképzési érdekekkel híven és lelkesedéssel sáfarkodunk.

Kelt Budapesten, 1943 október 1-én.

Vámossy Zoltán dr.

SEDIVAL TABL.

Natr. phenylæthylbarb. natr. glycerophosphor, bromisovalerylurea és polybromat. Sedatív hatása mellett enyhe altató hatást is fejt ki

3-szor naponta 1-1 tablettát vagy este 2-3 tablettát altatónak

SZENT PÉTER GYÓGYSZERVEGYÉSZETI LABORATÓRIUM
Budapest, V., Pozsonyi-út 1. — Telefon: 121-547

LAPSZEMLE

Wiener Klinische Wochenschrift. 37—38. szám.
Schullen H.: Chronikus anaemiák. — *Stouczh-Anderle H.*: Alkat és sexualitás. — *Girsig M.*: Aortaaneurysma klinikai képét utánzó gátori fibrolipoma. — *Maliwa E.*: Különböző betegségek gyógyulási idejében jelentkező gyulladásos állapotok megítélése. — *Siedek H.*: Válasz a fenti cikkekre.

Wiener Medizinische Wochenschrift. 38—39. szám.
Pigerstorfer W.: A háborús nephritis helyzete a nephritis problémáiban. — *Nisse A.*: Újabb vizsgálatok a dysbakteria és mufaflorthorapia terén. — *Valvsek W.*: Klinikai tapasztalatok a kankó chemotherapiájával. — *Pál K.*: A mennyiségi és minőségi ondivizsgálat jelentősége a meddőség kórisméjében.

VEGYES HIREK

Hösi halált halt szeptember 20-án *Baás Iván dr.* a kolozsvári Tud. Egyetem belgyógyászati diagnosztikai klinikájának orvosa. Hösi emlékét kegyelettel megőrizzük.

Kruse Walter prof., a dysenteria bacillus felfedezője, a lipcei egyetem higiéniai intézetének volt igazgatója, 78 éves korában elhunyt.

Chvostek Ferenc professor a karinthiai Oberveleach mellett, Groppenstein várában tölti be 80-ik évét. Már idestova 20 éve, hogy visszavonult. 1912-ben a híres Strümpell tanszék igazgatója lett. Bécsben egyike volt a legismertebb diagnosztáknak. Kiváló tanítómester és kimagasló harcosa azoknak a régi belgyógyászati hagyományoknak, amelyek még a segédtudományok nélkül az orvos intuitio készségére alapítva kívánták minden esetben a diagnosist felállítani. A harmincas évek elején érthetetlen és ekkor Bécsben nagy szenzációként ható visszavonulása aligha volt — mint a 80-ik év eléréséből látszik —, hála Istennek egészségi okokra visszavezethető.

FAGIFOR „CITO“

Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos lactocreoosot-syrup

Ideális enyhe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere
 lag. orig. P 3-21, pénztári csom. P 1-61

CITO gyógyszervegyészeti gyár
 Budapest, XIV., Lengyel-utca 33. szám.

Az Orvosi Továbbképzés Központi Bizottsága és Magyarország Klinikáinak és Kórházainak Szövetsége rendezésében *Helmut Kuhnert dr.*, a greifswaldi egyetem kurátora, október 16-án délután 6 órakor az Egyetemi Közegészségügyi Intézet tantermében »Betriebsführung der deutschen Universitätskliniken im Kriege« címmel előadást tart.

Betöltendő orvosi állások. A Székesfőváros köz-kórházában 6 alorvosi és 5 segédorvosi, továbbá esetleges előléptetés folytán megüresedő segédorvosi állás. Pályázati határidő október 16. — *Kolozsvárott* a II. számú férfi, *Rákostigeten* egy férfi vagy női, *Sa gótarjánban* egy férfi, *Kaposvárott* egy férfi, *Baján* egy női, *Miskolcon* egy férfi, *Gyöngyösön* egy férfi, *Kassán* egy férfi és *Ujvidéken* egy férfi körzeti iskolaorvosi állás a közép-, középfokú- és szakiskolákban. Pályázati határidő november 1.

A svájci hat egyetemnek az 1942—43. tanév II. felében 2280 svájci (344 nő) és 234 külföldi (40 nő), összesen 2523 orvostanhallgatója volt.

Helyreigazítás. Múlt heti számunk könnyvismertetés rovatában az első könnyvismertetés alatt *Burger* prof. neve nyomdahiba folytán tévesen jelent meg.

FELELŐS KIADÓ: VAMOSY ZOLTÁN

A szerkesztő kedden és pénteken 12 és 1 óra között fogad.



a megbízható készítmény
 dextrose, glucose helyett.

20% 40%-os töménységben.
 10, 20, 50 és 100 kcm.
 ampullákban.

Uricedin

anyagcserebántalmaknál, mint: köszvény, rheuma, ischias, vese-, hólyag-, epe-, máj-bántalmaknál, bélrenyheség és gyomorbetegségeknél.

Magyarországi vezérképviselő:

Medichemia Gyógyszerkészítmények Gyára R.T.

Budapest, X., Hölgý-ucca 14

J. E. Stroschein

Chemische Fabrik K. G.
Berlin

Fertőtleníten szagmentesen



Fertőtlenítő műveleteinél kiküszöbölheti a fertőtlenítő szer kellemetlen szagát, ha „SAGROTAN”-t, az újidőbeli fertőtlenítőszeret használja. „SAGROTAN” magas baktericid ereje mellett, teljesen ártalmatlan a kézre, valamint a műszerekre gyakorolt hatásában és ezenfelül kellemes szaga van

Tegyen Ön is próbát „SAGROTAN”-nal

SAGROTAN

Gyártja: Schülke & Mayr A. G., Hamburg

Képviseli: Helmy Jenő, Budapest

PACYL

fokozott vérnyomásnál

kiméletesen csökkenti a megnövekedett vérnyomást,
oldja az érgörcsöt,
enyhíti a szubjektív panaszokat.
Perorálisan szedve hatékony.

DIWAG

CHEMISCHE FABRIKEN A. G. · BERLIN-WAIDMANNSLUST
Irodalommal és orvosi mintával Hygiea R. T., Kolozsvár, Kando Kálmán u. 13. szolgál

Quadronox

megbízható altatószer
mely már kis adagnál (fél tablettá)
is üdítő álmot és üde ébredést
biztosít.

**10 és 20 tablettás
csomagolások**

Adatokkal készséggel szolgál:

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE I. W.
KÁLMÁN LEHEL GYÓGYSZERVEGYÉSZETI VÁLLALAT BUDAPEST 62

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-út 26., IV. em.
Telefon: 345-113.

Ingyenes híjhasználat.
(Kérje a portástól.)

MEGJELENIK SZOMBATON

Egyes számok kaphatók:
a kiadóhivatalban 70 fillérért;
Magyar Orvosi Archivum számai 2 pengőért.

Hirdetések kizárólagos felvétele
a kiadóhivatalban.

Előfizetések beküldhetők: Kiadóhivatalunkba vagy
22.968. számú postatakarékpénztári csekk számlánk javára.

Romániában: Borsos Béla dr. Arad, Str. Gen. Grigorescu 5.

Slovákiában: Eleőd Solt. Handels- u. Kredit-B. Bratislava.

A »Magyar Orvosi Archivum« egész évre 10 P., 70 slk., 400 lei.

Előfizetési díj: az »Orvosi Hetilap«-ra az »Orvos-
tudományi közlemények«-kel együttesen egész évre 26 P,
220 slk., 1000 lei, egyéb külföldre a belöldi díjak + portó-
költség (összesen 32 P), félévre ezen összegek fele, negyed-
évre negyede, egy óra 2-50 P.



Álmatlanságnál

PHANODORM

az átalátószer

gyors elalvást,

7-8 óráig tartó kielégítő mélységű alvást biztosít

Cső 10 tablettával à 0.2 g.

KÖZKÓRHÁZAK KÜLÖN ENGEDÉLY NÉLKÜL BESZEREZHETIK!

PHANODORM-CALCIUM

gyorsabban felszívódik,

gyorsabban elaltat, ezért fokozottabb altató hatású.

Üdítő alvás után friss ébredés

Cső 10 tablettával à 0.2 g.

KÖZKÓRHÁZAK KÜLÖN ENGEDÉLY NÉLKÜL BESZEREZHETIK!

»Bayer«
LEVERKUSEN

MAGYARORSZÁGI VEZÉRKÉPVISELETEK:

E. Merck
DARMSTADT

Magyar Pharma Gyógyszer Rt.

Budapest, V., Arany János u. 10.

Kolozsvár, Mussolini-út 18.

Wirth Károly

Budapest,

V., Báthory u. 16.

ADIGAN

A digitalis lanata izolált glucosidait tartalmazza

INDIKÁCIÓK: A szív működés elégtelensége és mindazok a kórformák, amelyekben a digitalis használata indokolt.

Tabletta, injectio, solutio és kúp

BELLAFIT

Hazai belladonna-összalkaloidát tartalmazó készítmény
balraforgató nativ alakban

INDIKÁCIÓK: Postencephaliticus parkinsonismus (bolgár-kúra.) A gyomor- és béltractus hypersecretiós és spasticus megbetegedései. Tenesmus. Az epeutak megbetegedései. Asthma bronchiale. Angina pectoris. Érszpasmosos megbetegedések

Injectio

Solutio

Tabletta



RICHTER GEDEON vegyészeti gyár r. t., Budapest, X.

Neohexal

A húgyutak valamennyi fertőzőes folyamatának, továbbá az influenza és a meghűléses betegségek kezelésére.

Övegsőben 20 db 0,5 g-es tabletta



J. D. RIEDEL - E. DE HAËN A. G. BERLIN – Magyarországi képviselő: Dr. Lányi Lajos, Budapest, VIII., Rigó-utca 10

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON.

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC, V. BERDE KÁROLY, GORKA SÁNDOR, HÜTTL TIVADAR, BALÓ JÓZSEF,
VÁMOSSY ZOLTÁN, MÉHES GYULA, REUTER KAMILLÓ, JENEY ENDRE, VIDA KOVITS KAMILLÓ.
FELELŐS SZERK.: VÁMOSSY ZOLTÁN. Fogad kedden és pénteken 12—1. SZERK.: FRITZ ERNŐ.

TARTALOM:

Bajkay Tibor: Az orrüregi haemangiómák. (507—508. oldal.)
Friesz Jenő és Fridrich Géza: Az acetyleholin iontophorézis hatása a vérképre. (508—509. oldal.)
Kecskés Zoltán: Az otogen toxicosis műtétéről. (510. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat Kérdései. (81—84. oldal.)
Irodalmi szemle. (513—514. oldal.)
Könyvismertetés. (515. oldal.)
Vegyes hírek. (516. oldal.)
Hetirend. (516. oldal.)

A Székesfővárosi Új Szent János közkórház orr- és gégebetegosztályának közleménye. (Főorvos: Bajkay Tibor egyet. magántanár.)

Az orrüregi haemangiómák.

Írta: Bajkay Tibor dr. egyet. magántanár.

A haemangiómák olyan jóindulatú daganatok, amelyek főként rendellenesen tágtult vérekből állanak, amelyek között több vagy kevesebb kötőszövet van. Növekedésük változó. Némelyek igen gyorsan nőnek, másutt viszont évekig megtartják nagyságukat. A kezdetben gyors növekedésű daganatok orvoslás nélkül is megállapodhatnak, a kisebb haemangiómák pedig maguktól visszafejlődhetnek. Végül megtörténhetik, hogy a nyugalomban levő érdaganat hirtelen növekedésnek indul, rosszindulatúvá válik és angiosarkomává vagy orsósejtes sarkomává alakul át. A haemangioma rosszindulatú elfajulását néhány esetben a műtétek után ismételt jelentkezett kiújulások alkalmával is tapasztalták.

A daganatnak következő alakjait különböztetjük meg: haemangioma simplex vagy teleangiectasia, haemangioma cavernosum vagy cavernoma és haemangioma arteriale racemosum vagy cirsoideum. A haemangioma simplex és cavernosum között rokonság van a teleangiectasiás daganatok átmenetet képezhetnek a cavernosus angiómákhoz. Ennek lehetőségét többek között Schech és Voltolini adata bizonyítja.

A haemangiómák embryonalis eredetű, kendermag—dió nagyságú, gömbölyű vagy tojás alakú, világos vagy sötétvörös színű, síma vagy kissé egyenetlen felszínű, rugalmas tapintatú képződmények, amelyek vagy széles alapon ülnek, vagy kocsányosak. Az orrüregben csaknem mindig féloldaliak és olykor pulsatio figyelhető meg rajtuk. Kiújulásra hajlamosak, amelyek rendszerint az egymásután következő terhesség alatt jelentkeznek. Anton két nőbetegén az egymásutáni terhességek első hónapjában a vérző septumpolyp megjelenése olyan rend-

szeres volt, hogy a betegek az abból származó orrvérzést — már a hószám elmaradása előtt — a terhesség kétségtelen jelének tekintették.

A rhinologiai irodalomban eddig több, mint száz esetet ismertettek. A haemangioma legtöbbször a porcós orrsövény mellső részéről, a locus Kisselbachii környékéről indul ki. Ritkábban észlelhető eredési hely az orrsövény hátsó része, amely után gyakorisági sorrendben az alsó kagylók mellső vége az orrcimpák, az orrfenek és végül a középső kagylók következnek. Leírták a Highmor-barlangból és a rostacsontlabirintusból kiinduló haemangiómák néhány esetét is.

A septum mellső részéből származó érdaganat is a ritkább kórfarmák közé tartozik. A középső kagylóból kiinduló haemangiómának azonban eddig mindössze négy esete ismeretes; ehhez most az én esetem csatlakozik, amelynek érdekessége az, hogy a középső kagylóból és ezzel együtt az orrsövény hátsó részéből is egy-egy haemangioma származott. Az eset, amelyhez hasonlókat nem közöltek az irodalomban, a következő:

N. N., 70 éves vérszegény nő azzal jelentkezett osztályomom, hogy fokozatosan megdugult a jobb orrfele és három hete gyakran ismétlődő heves orrvérzése támadt. A jobboldali orrüregben mogyorónagyságú, gömbölyű, sötétvörös színű, kissé egyenetlen felszínű, rugalmas tapintatú, igen vérkékeny daganat látható, amely széles alapon a középső kagyló alsó felszínén tapadt. A Röntgen-vizsgálat a melléküregekben kórosat nem derített ki. A Wassermann-féle vérvizsgálat negatív és belső szervei rendben vannak. A klinikai tünetek és vizsgálat alapján *haemangioma cavernosum*ot állapítottunk meg, amit a szövettani lelet is igazolt.

A középső kagylóból kiinduló haemangiómát helyi érzéstelenítésben kaecsal és polypcsípővel távolítottam el. Az erős vérzést galvanokauterrel csillapítottam. Az eltávolítás után láthatóvá vált, hogy a septumon is, körülbelül a középső kagyló magasságában, borsónagyságú, gömbölyű, sötétvörös, rugalmas, széles alapú daganat képződött, amelyből a sondával történt érintés alkalmával erős vérzés indult meg. A sövény haemangiómáját polypcsípővel írtottam ki és az erős vérzést galvanokauterrel szüntettem meg, majd az orrüregét jodoformgézszel tamponáltam. A műtét után mérsékelt láz jelentkezett, amely két nap alatt megszűnt; a körfolyás zavartalan volt.

Kórszöveti vizsgálat: A daganat metszeteiben kevés lazarostú, kötőszövetes állományban változatos alakú és nagyságú, sok helyen egymással közlekedő érkeresztmetszetek és nagy, tág véröblök sűrűn, egymás mellett találhatók, amelyeknek lumenét a vörösvérsejtek zsúfoltan kitöltik. **Diagnosis:** »haemangioma cavernosum«.

A műtét következményei kedvezőek voltak. Az orrlégzés helyreállt, az orrvérzés megszűnt, a vérszegénység és erőbeli állapot megjavult. A beteget 1943 május havában vizsgáltam utóljára; a műtét óta egészséges.

E daganat főleg nőknél (3:1 arányban) fordul elő. A daganatok származása tisztázatlan. *Bertoin* szerint az elől levő orrüregi daganatok keletkezésében az orrnak körmökkel piszkálása talán szerepet játszhatik. A csekély számú megfigyelésből arra lehet csak következtetni, hogy a chronikus izgalom és terhesség az érdaganatok keletkezésére döntő befolyást nem gyakorol.

Az orrüregi haemangioma első tünete a vénás vérzés, amely vagy magától támad vagy pedig orrfuváskor és egyéb trauma következtében áll elő. Az orrvérzés igen bő lehet és gyakori ismétlődése nagyfokú anaemiát okozhat. Az orrlégzést csak a nagyobb daganatok akadályozzák, amelyek mögött olykor pangó, bűzös váladék található.

A *diagnosis* megállapítása többnyire nem nehéz. Köhögés, préselés vagy a fej lehajtása alkalmával támadt vérpangás esetén a haemangioma megduzzadnak; ezen tünet a kórismézést legtöbbször nagyon megkönnyíti. Sondával érintéskor rendszerint erős vérzés keletkezik. Elkülönítő diagnostikai szempontból a lymphangioma, lipoma és a tályogok jöhetnek tekintetbe. A diagnoszt kétes esetekben kórszöveti vizsgálatot biztosítjuk. A prognózis általában jó.

Orvoslása gyökeres vagy kíméletes. A műtétet azonnal végre kell hajtani, amint a kórismét megállapítottuk, mert a daganat ismétlődő erős vérzést okoz, — különösen csecsemőknél és a terhesség alatt — gyorsan megnagyobbodhatik és később behatóbb műtétet tehet szükségessé. A haemangioma eltávolítása hideg vagy meleg kaecsal és polypcsípővel nehézség nélkül sikerül. A galvanokaustikus kaec alkalmazásakor a vérzés rendszerint csekély és tamponnal vagy vörös izzásig hevített kauterrel könnyen megszüntethető. A gyakran jelentkező és olykor ismétlődő kiújulások elkerülése végett a daganat eredési helyének edzőszerekkel vagy galvanokauterrel való elpörkösítését ajánlották.

A Highmor-barlangból és a rostacsontból származó haemangioma operálására az idősült melléküreggennyedések alkalmával használatos *Denker*-féle permaxillaris műtét a legmegfelelőbb, mert jó áttekintést nyújt, aránylag kis vérvesztéssel jár és lehetővé teszi az orrüreg átvezethető utókezelést. *Weiss* az alsó orrkagylóból kiinduló nagy kiterjedésű haemangioma egy esetben szintén *Denker*-féle műtét útján irtotta ki.

Az operáció alkalmával nagy gondot kell fordítani a daganat alapos eltávolítására, mert kis részeik visszamaradása után is kiújul. A gyógyulás után a betegeket hónapokon át ellenőrizzük, hogy az esetleges kiújulást mielőbb felismerhessük és eltávolíthassuk.

Azokban az esetekben, amelyekben a műtét — a vérzés következtében — veszélyes lehet, konservatív eljárást végzünk. Ezek között első sorban a 80%-os alkohol-injectio, majd a forróvíz, a carbol-, a sublimat-, a 10–20%-os konyhasóoldat, 1%-os chlor-

zinkoldat, 20%-os chininum dihydrochloricum, procain hydrochloricum és az argentum nitricum befecskendése említendő meg. *Demel* hypertoniás cukoroldat előzetes befecskendése után végzi el a gyökeres műtétet, mert — tapasztalata szerint — a szájjüreg és az arc haemangiomainak kiirtása egyszerűbbé válik, minthogy a vérzés csekély.

A konservatív eljárások csoportjába tartozik továbbá a sugaras kezelés, az elektrocoagulatio és az elektrolysis. Többek eseteiben a haemangioma radium-besugárzásra megkisebbedett; hasonló eredmény érhető el röntgennel. Az elektrocoagulatio nagy haladást jelentett a haemangioma kezelésében, de az ilyen módon kezelt esetek száma ma még kevés ahhoz, hogy erről az eljárásról végleges következtetést vonhassunk le. A *Strazza* által eredményesen alkalmazott elektrolysis nem terjedt el, mert az eljárás hosszadalmas és próbára teszi a beteg türelmét.

A budapesti I. sz. belklinika közleménye. (Igazgató: Herzog Ferenc ny. r. tanár.)

Az acetylcholin iontophoresis hatása a vérképre.

Írta: Friesz Jenő dr. és Fridrich Géza dr.

Az acetylcholint eredményesen használják a rheumás betegségek ellen. Sikeresen alkalmazható infiltratio vagy iontophoresis formájában. Az acetylcholin a szervezet igen fontos hatóanyaga, főfontosságú szerepe van az idegingerület átvitelében a végszervről az izomrostba. Helyileg bővérűséget okoz és növeli a bőr hőmérsékletét. A csontvelőre való hatását *Okinaka*, *Asai* és *Ino* vizsgálták. Vérszegény betegeknek bőre alá hosszabb ideig fecskendeztek naponta acetylcholint s azt találták, hogy ez eseteknek több mint a felében a vörösvérsejtek, fehérvérsejtek, reticulocyta és a neutrophyl pálcikamagvú fehérvérsejtek megsaporodtak, a karélyosmagvú neutrophylek ellenben sok esetben megfogytak. *Danielopolu* és *Brauner* három betegének vérszegénysége acetylcholin-befecskendésekre tetemesen megjavult. A histamin-iontophoresis hatását a vérképre *Gorká*-val, a prisco-iontophoresisát pedig *Fridrich*-hel vizsgáltuk és mindkét alkalommal azt találtuk, hogy hatásukra a fehérvérsejtek száma a bőrben megfogy, a vörösvérsejteké azonban nem változik meg. A fehérvérsejtek megfogyását mindkét esetben a helyi elosztódás megváltozásával magyaráztuk. Minthogy az acetylcholin-iontophoresis helyi hatása, a bővérűség és a csalánkiütésszerű bőrelváltozás az előbbi szerekéhez hasonló, ennek a hatását is megvizsgáltuk a vérképre.

Anódnak egy 20×30 cm-es vászonnal bevont ólomlemezt használtunk. Erre öntöttük egyenletesen vízzel való megnedvesítés után a feloldott 0,2 g-nyi acetylcholint. Az anódot minden esetben a deréktájra helyeztük, a katódot pedig az egyik kézbe. A kezelések 10 percig tartottak 5 M. A áramerősséggel. A kezelés befejezte után az anódelem helyén minden esetben erős bőrpír és csalánkiütésszerű kiemelkedések jelentkeztek a bőrön. Kellemetlen mellék tüneteket a kezelésekkal kapcsolatban sohasem tapasztaltunk.

Összesen 20 beteget vizsgáltunk, akik közül egyiknek sem volt vérképzőszervi betegsége. A vért

a vizsgálathoz az ujjbegyből vettük és kezelés előtt és utána 5 és 40 perc múlva teljes vérképet készítettünk. Ugyanekkor megmértük a vérnyomást is.

A vérnyomás az iontophoresis után nem változott. A vörösvérsejtek száma is a számolási hibahatárokon belül mozgott. A fehérvérsejtek száma azonban az acetylcholin-iontophoresis után erősen megfogyott és ennek megfelelően fogyott meg a neutrophyl karélyos magvú leukocyták és a lymphocyták száma is. A többi fehérvérsejtféleségek számának kis megváltozása ilyen kis esetszámban számuknak aránylag csekély volta miatt nem volt értékesíthető.

A fehérvérsejtek, a neutrophyl karélyosmagvú leukocyták és lymphocyták számának változásait táblázatban foglaltuk össze. Áttekinthető benne a fehérvérsejtek számának, a neutrophyl karélyosmagvú leukocyták és a lymphocyták százalékos arányszámának és abszolút számának változása acetylcholin-iontophoresis előtt és utána 5 és 40 perc múlva, végül a középértékek és a százalékos eltérések.

Táblázat. Acetylcholin iontophoresis előtt és után.

Fehérvérsejtek száma			Karélyos magvú % és abs. szám			Lymphocyta % és abs. szám		
előtte	5' múlva	40' múlva	előtte	5' múlva	40' múlva	előtte	5' múlva	40' múlva
5600	4000	4200	60	61	65	35	37	33
			3360	2440	2925	1960	1480	1386
8400	5200	5800	60	63	65	36	34	31
			5040	3276	3770	3024	1768	1798
7200	4000	4600	64	69	63	32	28	32
			4606	2760	2760	2304	1120	1472
6600	5000	4200	65	67	66	31	31	30
			4290	3350	2772	2046	1550	1260
7200	4400	4200	56	60	55	40	39	44
			4032	2640	2310	2880	1716	1848
7000	5800	5400	66	68	65	32	30	32
			4620	3944	3510	2240	1740	1728
7600	6200	6000	50	60	40	45	36	50
			3800	3720	2400	3420	2232	3000
7000	5400	4800	58	68	40	38	28	52
			4060	3672	1920	2660	1520	2496
7600	6000	5900	62	66	64	36	33	35
			4712	3960	3776	2736	1980	2065
8000	6400	4800	49	56	53	49	39	43
			3920	3584	2544	3920	2496	2064
7000	6000	5400	64	58	60	34	40	38
			4680	3480	3240	2380	2400	2052
5800	4800	4000	64	66	65	32	32	33
			3712	3168	2600	1856	1536	1320
5600	3600	4400	58	56	61	39	39	36
			3248	2016	2684	2184	1404	1584
10400	8200	7800	68	66	73	28	31	24
			7072	5412	5694	2912	2542	1872
5800	3400	5200	54	51	53	40	45	45
			3132	1734	2756	2320	1530	2340
6400	4000	5200	53	71	64	45	26	35
			3392	2840	3328	2880	1040	1820
9200	7000	6000	67	62	65	31	36	30
			6164	4340	3900	2852	2520	1800
6600	5600	3600	64	74	64	35	25	35
			4224	4144	3032	2310	1400	1260
6200	5600	6600	64	64	70	34	34	29
			3968	3584	4620	2102	1904	1914
10400	8200	6600	68	64	60	29	33	36
			7072	5248	3960	2990	2706	2376
Középértékek:								
7280	5440	5235	61	63	62	36	34	36
			4455	3415	3225	2599	1829	1873
Százalékos eltérések:								
—25	—28		—23	—28		—30	—28	

A fehérvérsejtek száma 5 perccel az iontophoresis után kivétel nélkül mind a 20 esetben megfogyott. Mégpedig két esetben több mint 40%-kal, 4-ben több mint 30%-kal, 7-ben több mint 20%-kal és 7-ben 10 vagy nagyobb százalékkal. A legnagyobb megfogyás 44, a legkisebb 10%-os volt. A középérték 25%. 40 perccel a kezelés után a fehérvérsejtek száma 7 esetben még tovább csökkent, 13 esetben már szaporodni kezdett, de nem érte el a kiindulási értéket és csak egy esetben haladta azt valamivel meg. A megfogyás középértékében 28%.

A neutrophyl karélyosmagvú leukocyták abszolút száma is kivétel nélkül minden esetben megfogyott az acetylcholin-iontophoresis után 5 perccel. A megfogyás nagysága, melynek középértéke 23%, nagyjából megfelelt a fehérvérsejtek egyes esetekben megfogyásának. A kezelés után 40 perccel az abszolút szám 12 esetben még tovább csökkent, 6-ban már szaporodni kezdett, de nem érte el a kiindulási számot, egy esetben pedig változatlan maradt és csak egyben haladta meg a kiindulási értéket. Középértékben a megfogyás 28%-os.

A lymphocyták abszolút száma az iontophoresis után 5 perccel 19 esetben csökkent, egyben változatlan maradt. A megfogyás középértéke 30%. 40 perc múlva az abszolút szám 10 esetben még tovább csökkent, 9-ben pedig már megnagyobbodott, de nem érte el a kiindulási számot és egy esetben valamivel meghaladta azt. Középértékben a csökkenés itt is 28%.

A fehérvérsejteknek és arányosan a karélyosmagvú neutrophyl leukocytáknak és lymphocytáknak gyors megfogyása a bőrben csak helyi elosztódásuk megváltozásával magyarázható. Keresve a helyet, ahol a fehérvérsejtek az iontophoresis hatására összegyűlnek, 5 esetben megszámláltuk a fehérvérsejteket, karélyosmagvú leukocytákat és lymphocytákat 5 perccel a kezelés után azon a helyen is, ahol az iontophoresis történt, ahol a bőrpír és a csalánkiütésszerű bőrkeményedések keletkeztek.

A fehérvérsejtek száma az iontophoresis helyén a kezelés után 5 perccel mind az 5 esetben megszáporodott, középértékben 56%-kal. Ugyanekkor az ujjbegyben a fehérvérsejtszám minden esetben megfogyott, közepesen 25%-kal.

Hasonló módon viselkedtek a karélyosmagvú neutrophyl leukocyták és a lymphocyták is. A karélyosmagvú neutrophyl leukocyták abszolút száma az iontophoresis helyén középértékben 57%-kal megszáporodott, míg az ujjbegyben 22%-kal megfogyott. A lymphocyták abszolút száma a kezelés helyén 61%-kal lett nagyobb, míg az ujjbegyben 25%-kal kisebb lett.

Ezek szerint az acetylcholin iontophoresis hatására a bőrből eltűnő fehérvérsejtek egy része az iontophoresis helyén keletkező bőrpír területén gyűlik össze, de minthogy e terület aránylag kicsi, valószínű, hogy nagyobb részük a belső szervek ereiben gyűlik össze, ahol az acetylcholin értágító hatása következtében bővérűség keletkezik.

Az egyetemek székhelyén készült dolgozatokat az ottani egyetemi szakbizottság képviselőihez kell küldeni, a szerkesztőség csak az 5 véleményük alapján fogad el közlésre kéziratokat.

Az újpesti Árpád-kórház közleménye. (Igazgató
Orosz Dezső egyet. magántanár.)

Az otogen toxicosis műtétéről.

Irta: Kecskés Zoltán dr.

Noha a csecsemők füleredetű toxikosisának kórtana és gyógyításának kérdése jórészt tisztázódott, mégis egyre több ilyirányú dolgozat jelenik meg és előadás hangzik el, ami mutatja a betegség nagy gyakorlati jelentőségét. A csecsemőhalandóságban vitt lényeges szerepére vall az is, hogy némely szerzők statisztikát alig közölnek. Ez alkalommal fül-orvosi beavatkozás időpontját és mikéntjét taglalom; a csecsemő sorsa ugyanis a bántalom súlyossága és szervezete ellenállása közti viszonyon kívül a helyes időpontban elvégzett műtéttől függ.

A toxikosis kiváltó otitis-mastoiditisre jellemző a lappangó lefolyás, mert a beteg energiája miatt a védekező gyulladás igen mérsékelt. Mivel a dobhártya sokszor nem mutatja a dobüri fertőzés fokát, szabály, hogy toxikosis esetén tünetszegény vagy nemleges dobhártya lelet mellett is, el kell végezni a paracentesist. A dobhártyametszés legyen jókora, mert csak így remélhető eredmény.

A dobüreg megnyitása a legkisebb fül-orvosi beavatkozás és csak a dobürré szorító fertőzés esetén a toxikosis rövid idő alatt megszüntetheti. Rejtett csecsmereggyulladásakor természetesen nem várható, hogy a hanyattfekvő csecsemőn a dobüreg alatt levő antrumból a genny a dobhártyanyíláson keresztül kitisztuljon, illetve a csontvelőgyulladás gyógyuljon. Ez esetben a további műtéti javallat majdnem független a dobüri lelettől, azt a szervezet általános leromlásának előhaladása és foka alapján a fül-orvossal egyetértésben a gyermekorvos állítja fel.

Különösen felelősséges a gyermekorvos állásfoglalása a toxikosis kezdeti szakában, amikor a csecsmereggyulladás tünetei legtöbbször hiányzanak, míg később a kórisme a fülész részéről is már több valószínűséggel állítható fel.

A grippes fertőzésnek kezdetén a csatlakozó fülbántalom előidézhet oly súlyos anyagcserezavart, nemleges füllelet ellenére is, mely napok alatt halált okozhat. Ez a szak a baktériumok behatolásának és a szervezet elárasztásának ideje, amikor, csak kísérleti dobhártyametszés jöhet tekintetbe, a góctünet hiányában az antrotomia még nem javalt. Ha azonban a toxikus-septikus tünetek, a megindult fül-gennyedés után is fokozódnak, akkor a műtétet már mérlegelni kell. Igen gyors lefolyáskor, ugyanis csak a korai műtét segíthet, amelyet a góctünet (otitis, Tátrallvay-tünet) megjelenésekor haladéktalanul elvégezzünk. Ne vesztessük az időt olyankor ismételt dobhártyametszéssel, ha a dobhártya belövelt, de felszúrás után a dobüregből a genny nem ürül, a toxikosis súlyosbodik és a szervezetben egyéb góc nem mutatható ki. A fül-orvosok nagyrésze a korai beavatkozást csak akkor tartja javalltnak, ha agyi vagy septikus szövődmények jelentkeznek, a műtét ez esetben soszor már elkészt.

Egyes szerzők egyszerűen utalnak a műtetre, de nem térnek ki a részletekre, pedig a beavatkozás különböző lehet, a betegség fennállásának ideje, kiterjedése és súlyossága szerint. A beteg életveszélyben van és vigyázni kell, hogy a műtéti ártalmat a legkisebbre csökkentsük.

Az elvégzendő műtétet a csecsmereg megnyitása

(antrotomia) és a csecsmérvány beteg sejtjeinek és csontjának eltávolítása (evacuatio proc. mastoidei), amelyet minden fül-orvos ismer. A kis bőrmetszést elhagytuk, mert zavarja a tájékozódást. Fontos, hogy a puha kéreg elvétele után rögtön az entrumba jusunk, mert septikus esetben az épek látszó vörös csontvelő is igen vérzékeny, ami egyrészt a műtét menetét zavarja, másrészt a vérvesztés végzetes lehet. Heveny toxikosisban a csecsmereg széles feltárását készítjük, csontkaparás nélkül. Ezt az álláspontunkat a következőkkel támogatjuk: 1) A korai szakban negatív leletet vagy csak nyálkahártyára szorító gyulladást találunk, ha a csontra is ráterjed, az még nincs körülhatárolva. Az ép csontvelő-űrök feltárása a fertőzésnek új kaput nyithat. 2) Sejtképződés alig van a lefolyt otitisek, az angolkór, vagy párhónapos csecsemőn pedig életkor miatt és az atidus ad antrum is tág. 3) Célunk az, hogy a genny levezetésével a beteg életét megmentjük a később, ha szükséges, elvégezhetjük a beteg csont-részek eltávolítását is. Nemleges antrum-leletkor is többnyire, pár nap múlva, erős gennyedés indul meg. Hasonló trepanatiót készítünk heveny, súlyos homloküreggyulladásakor a genny levezetésére, amikor ily módon gyógyulás érhető el. A korai műtét helyi érzéstelenítésében egyszerre kétoldalt elvégzendő.

Szerencsére ritkán kell a toxikosis kezdeti szakában operálni. A folyamat dobhártyametszésre és étrendi kezelésre sokszor gyógyul. Kedvezőtlenebb esetben a csecsemő csak részben desintoxikálódik, vagy teljesen méregtelenedik ugyan, de fokozatosan leromlik. Fülészeti felheveny otitis és valószínű mastoiditis kórképét állapítjuk meg. A műtét szempontjából ez a helyzet a legkedvezőbb, mert a csecsmereg mellett jól körülírt csontvelőgyulladást találunk, s a beteg aránylag jobb állapotban van. Ilyenkor fül-orvosok egyöntetű véleménye szerint a csecsmérvány beteg sejtjeinek és csontjának gyökeres kitakarítása szükséges.

A műtét időpontjának megállapítása nem mindig tőlünk függ, sok csecsemőt csak atrophia végső fokán visznek kórházba és csontbőrré lesóványodott, életerejének végén levő, vagy már az általános fertőzésben szenvedő beteget kell megoperálni. Septikus esetben a leggyökeresebb kitakarításon kívül a sinus és dura is szabaddá teendő.

A legtöbb csecsemőn a halál előtt agyi tünetek uralkodnak. Boncoláskor az exsiccatio ellenére is az agyhártyák vérbősége és az agyállomány vizenyős duzzanata tapasztalható. Többször láttuk, hogy azon esetek, ahol a szükségessé vált csontelvétele következtében a dura szabaddá tétetett, gyorsabban gyógyultak. Az állandó hányás megszűnt, az étvágy visszatért. E megfigyelésekből kiindulva, a durát szabaddá tesszük (a tegmen antri elvételevel, amely majdnem mindig beteg) azon félheveny és idült esetekben, ahol az agyi tünetek uralkodnak a kórképen. Az elmúlt télen így operált 25 betegünk közül kettőt veszítettünk el, ami az 1942 nyárvégi 20% mortalitással szemben 8%-nak felel meg. A jó eredmény elérésében talán az ideji járvány enyhébb volta is szerepet játszhatott.

Összefoglalás: A füleredetű toxikosis súlyos esetében már az első hét végén kétoldali csecsmereg-feltárást végzünk, csontkaparás nélkül. Fokozott agyi tünetek mellett jóhatású a későbbi szakban, továbbá atrophias csecsemőkön az agynyomás csökkentése végzett a dura szabaddátétele.

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi rk. tanár, kórházi főorvos

Insulinhiány és diabetes kezelés.

Az insulin a diabetes kezelését látszólag teljesen átalakította, úgy, hogy a diéta kezelés finomságairól ma alig hallunk. Pedig az insulin a hyperglykaemia és ezután a glykosuria megszüntetésével vagy inkább csökkentésével (tekintet nélkül arra, hogy ez milyen úton történik) végeredményben t. k. *tolerantiát javulást* okoz, legalábbis hatását klinice így foghatjuk fel, mert kétségtelen, hogy nagyobb insulinmennyiség mellett a beteg több, a diabetes szempontjából számításba veendő táplálékot vehet magához. Minthogy azonban a több tápanyag fogalmában a többlet lemerése is bennfoglaltatik és nem valamely tetszőleges és ezért bizonytalan többletről van szó, nyilvánvaló, hogy a diéta insulin mellett sem nélkülözhető.

Gyakorlati szempontból a leghelyesebb, ha a cukorbetegeket, insulinszükségletüket illetően, három csoportba osztjuk. Az első csoportba tartozók tisztán diéta kezeléssel is egyensúlyban tarthatók, vagyis az acidosis elkerülésére minimalisan szükségesnek tartott napi 80 gr szénhidrátot tolerálják (ami éppen a mai 16 deka kenyérfejadagnak felel meg) és mint ilyenek, insulint nem igényelnek. A második csoport tagjai vagy nem tolerálják ezt a minimalis szénhidratmennyiséget sem, vagy csak akkor, ha e mellett állati fehérjét nem kapnak, ezek tehát insulinra szorulnak, melynek mennyisége rendszerint nem túl nagy. A harmadik csoport tagjait viszont magas, 200, sőt 300 mgr %-nál magasabb vércukrakkal és úgyszólván semmi toleranciájukkal, állandóan a coma veszélye fenyegeti, amelynek az insulin felfedezése előtt nagyon gyakran áldozatul is estek. Ez utóbbi csoport számára tehát az insulin valóban életmentő hatású, míg a második csoportba sorozottakat a diéta szakaszos változtatásával (Noorden-féle Zick-Zackkost) és kímélőnapok közbeiktatásával insulin nélkül is életben tudtuk tartani, viszont kétségtelen, hogy a normalist csak kissé is megközelítő étrend ezek számára is csak insulinnal biztosítható.

Ha most a cukorbetegek mai insulinellátását vesszük tekintetbe, ismeretes, hogy annak kiutalása a kezelőorvos ajánlata alapján, tisztiorvosi engedélyezéstől függ. Tekintettel az anyaghiányra, bizonyos napi insulinegységszámon felül azonban (kb. napi 80 egység) a kiutalás nem történik meg (a comát kivéve), az illető gyógyszerárban pedig, tapasztalat szerint, a beteg a kiutalt mennyiségnek legjobb esetben *csak felét* kapja meg, úgy, hogy a gyakorlatban napi 40–50 egységnél többre számítani nem lehet. Ez a mennyiség a második csoport számára többé-kevésbé elegendő volna, de ezek a középsúlyos cukorbetegek ezt nem kapják meg, mert a tényleges szükségletnek megfelelően ajánlott mennyiség rendszerint nem az engedélyezhető maximum közelében van, hanem annál jóval kevesebb, amiből napi 20–30 egységet kapnak valóban kézhez. A harmadik, súlyos betegek közül álló csoport insulinellátása pedig a fentiek alapján absolute elégtelen.

Kérdés már most, hogy az adott körülmények között hogyan lássuk el a lehető legjobban a cukorbeta-

geket? Az első csoport nem igényel különös megbeszélést, mert ezek insulin nélkül is tolerálják a tápanyagoknak legalább is a szükséges minimalis mennyiségét és mivel a mai táplálkozási viszonyok és kimért adagok mellett túltáplálkozás általában nem lehetséges, le is fogynak, ami, mint az elmúlt világháború tapasztalatai is mutatták, a toleranciát jelentékenyen megjavítja. A második és különösen a harmadik csoportot illetően pedig csak az a fentemlített szempont vezethet, hogy az insulinhatás gyakorlatilag toleranciájavítás. Ugy kell tehát az idetartozókat tekintenünk, hogy bár toleranciájuk javult, de még így sem éri el azt a minimumot, amit szükségesnek tartunk és diétájukat úgy kell összeállítanunk, mint azt az insulin előtt az ilyen tökéletlen toleranciájú betegeknél tettük.

Ezek a betegek rendszerint insulint kapnak, bár, mint rámutattunk, nem eleget. Ha nincs is módunk arra, hogy nekik több insulint juttassunk, a rendelkezésre álló mennyiséget elhagynunk nem szabad és e mellett kell diétájukat az adott körülmények közt a legjobban összeállítani. Nem főzeléknappal, illetve napokkal kezdjük tehát a beállítást, illetve cukortalanítást, hanem a minimalisan szükséges *napi 80 gr szénhidrátot* adjuk *főzeléknappal*, mint alap *mellett*. Ennek célja, hogy a nagymennyiségű főzelék elfogyasztása csökkentse az éhségérzetet, ami annnyival is inkább sikerülhet, mert utóbbi, mint a zsír vívőanyaga szerepel. Minthogy az ilyen betegek toleranciája nagyon el van rontva, gyors eredményre nem is számíthatunk, de folytatódó éhségérzés mellett a cukorürítés fokozatosan csökken, esetleg el is tűnik és vele együtt tűnik el az esetleg kezdetben meglevő aceton is. A szervezet intermediár anyagcsere-folyamatai közben keletkezett acetontestek tökéletes elégetéséhez ugyanis éppen az adott 80 gr szénhidrát-nak felhasználása szükséges. Minthogy a beteg bár calóriákban eleget, de a három fő tápanyag közül csak szénhidrátot és zsírt kap, fehérjét egyelőre nem, toleranciája, mint azt már régi tapasztalat igazolja, javulni fog, amit éppen a cukorvizezés csökkenése vagy megszűnése mutat, bár ezt az állapotot esetleg csak egy hét vagy még valamivel hosszabb idő alatt érjük el. Veszélyt ennek a diétának hosszabb adása sem jelent.

Az ily módon cukormentessé tett beteg vércukra rendszerint lényegesen alacsonyabb, mint a kezelés kezdetén volt és ebben az állapotban kezdjük meg a teljes, végleges diéta felépítését *állati fehérje* fokozatos hozzáadásával. A napi fehérjeminimumot illetően megoszlanak ugyan a vélemények és nem mindenki fogadja el a Chittenden-féle 30–40 gr-ot, diabetes esetében azonban nem tanácsos nagyobb mennyiséget adni, egyrészt, mert a főzelékben, kenyérben, burgonyában stb., vagyis a növényi táplálékban is van, noha kevesebb fehérje és a beteg ily módon többet kap, mint a számított állati fehérje, másrészt pedig, és ez a fontosabb, a fehérje, lehet, hogy anyagcserefokozó hatása folytán vagy mert részben cukorrá alakul, különösen nagyobb mennyiségben, rontja a toleranciát, amit *fehérjeérzékenységnél* nevezünk. Minden cukorbeteg kivétel nélkül fehérjeérzékeny.

ami gyakorlatilag azt jelenti, hogy ha bizonyos mennyiségű szénhidrátot glykosuria nélkül tolerált is, akkor az ugyanezen szénhidrátmennyiség mellett adott állati fehérjének egy bizonyos mennyiségén felül újból glykosuriássá válik. Az érzékenység foka természetesen egyéni és annak kisebb foka mellett, a 80 gr szénhidráton felül, a fenti minimális fehérjemennyiséget is tolerálhatja a beteg, nagyobb fokú érzékenység esetében azonban még nem túlnagy fehérjemennyiség állandó adása mellett is előbb-utóbb glykosuria jelentkezik. Ilyenkor nem lehet állandó diétát előírni, illetőleg azt időnként kimélő napokkal kell megszakítani, vagyis pl. a hét két egymást követő napján csak a már megállapított szénhidrátmennyiséget adjuk és állati fehérjét nem.

Javíthatunk ezen az állapoton, de rendesen csak egy bizonyos fokig, ha vizeletet nem 24 óránként gyűjtjük és vizsgáljuk, hanem 24 órán belül három részletben, reggeltől délig, déltől estig és végül estétől másnap reggelig. Rendesen az első, tehát a délelőtti részlettel történik a cukorürítés legnagyobb része és így az insulin és a szénhidrátok megfelelő elosztásával csökkenthetjük a glykosuriát, az említett viselkedés esetében pl. a több részletre elosztott insulin reggeli adagjának emelésével és a reggeli, valamint a délelőtti szénhidrátmennyiség csökkentésével.

Ez sem ad tökéletes eredményt, még f okozottabban vonatkoznak tehát a fent mondottak a harmadik csoportra, amelybe azokat kell soroznunk, akik állati fehérje nélkül és a rendelkezésre álló elégtelen insulinmennyiség és főzeléknap, mint alap mellett nyújtott minimális szénhidrátmennyiséggel sem cukormentesek és vércukruk állandóan magas, bár ilyenkor számolnunk kell azzal, hogy kényszer megoldást végeztünk és törekvésünk csak az lehet, hogy a glykosuriát bizonyos keretek között tartjuk.

Az ilyeneket az insulinra tekintet nélkül úgy kell kezelnünk, mint ahogy azelőtt kezeltük a rossz toleranciájú cukorbetegeket, vagyis elsősorban igyekeznünk kell őket cukormentesíteni, mégpedig főzeléknapokkal, melyek gyakorlatilag sem fehérjét, sem szénhidrátot, hanem csupán zsírt tartalmaznak. Ha a vércukor magas, nem kell félni a hypoglykaemia veszélyétől a rendelkezésre álló insulinmennyiség mellett, anintható a magas vércukrú comás beteg sem szorul t. k. cukorinjekciókra, noha a szóbanforgó betegekénél sokkal nagyobb insulinmennyiséget kap. Minthogy a jól beállított beteg hypoglykaemiája is legtöbbször a megszokottnon felüli testmozgás, illetve izommunka következménye, ha óvatosak akarunk lenni, a beteget pihentetjük, de nem okvetlenül ágyban. A klasszikus tanítás szerint 2–3 főzeléknapnál többet egyáltalán nem ajánlatos adni az acidosis veszélye miatt. Bár főzeléknapok folyamán kétségtelesen lehetséges acidosis, részben a félig éhezés, részben az aránylag sok zsír miatt, mely a nyújtott táplálékban t. k. az egyetlen caloriavivő, mégis a tapasztalat már régen azt mutatta, hogy sorozatos főzeléknapok folyamán az acetone mennyisége csökken, sőt el is tűnhetik, ami úgy magyarázható, hogy a csökkent táplálékbevitel okozta anyagcserecsökkenés ellensúlyozza a fenti ellentétesen nem ható factorokat. Az acidosis jeleit különben is túl szokták becsülni, pedig az acetoneürítés önmagában még semmi veszedelemmel sem jár és az acidosis veszélyétől csak akkor kell tartani ha

az acetone mellett az acetecetsav is kimutatható már, mert a következő tag a már nehezebben kimutatható oxyvajsav. Ez pedig későbbi jelenség és insulin mellett nem is valószínű, mert ha a mennyisége nem is elég a cukormentesítéshez, erre a célra rendszerint elegendő. Ennek megfelelően minden kellemetlenség nélkül adtunk egymásután akár hat-hét tiszta főzeléknapot is. Ennyire nincs mindig szükség, de rossz toleranciájú diabetikusok toleranciájának javítására leghelyesebb időnként *legalább két egymást követő főzeléknapot* közbeiktatni *változatlan insulinadag* mellett. Ilyen módon, bár szénhidrát és fehérjéből tudatosan többet kellett adnunk, mintha a tolerancia megengedte volna, az ezáltal okozott hibát szakaszonként mindig helyrehozzuk.

Schill Imre dr., egyetemi magántanár

Hexylresorcinol által okozott száj- és nyelőcsőfelmaródás.

Orvosi elgondolásainkat azon elv irányítja, hogy a szervezetbe jutott gyógyszer a kórokozóra minél intenzívebben hasson, a szervezetre pedig minél ártalmatlanabb legyen. Mind a bakteriális, mind a férgekkel fertőzöttségre áll e tétel. Régi népies gyógyszerek, féregűzők empirikus alapon élték divatjukat napjainkig, sok közülük pharmakochemiai elemzés útján új megvilágításban tovább él, sok a múlté. Féregűzésre használt drogok, azok kivonatainak több-kevesebb eredményessége, sokszor a szervezetre ártalmassága, nem kívánatos, kellemetlen kísérő tünetek zavaró közrejátszása mind ösztönző momentum az elektivitás fokozására.

Ilyen elgondolás alapján nyert teret a legutóbbi évek alatt a »Hexylresorcinol« és a »Tetrachlor-aethylen« a féregűzésben. Előbbi az Ascaris lumbricoides, Enterobius (Oxyuris) vermicularis, Taenia solium és saginata, Trichuris trichiura (Trichocephalus dispar), utóbbi az Anchylostoma duodenale, Diphylobotrium latum, Enterobius vermicularis, a trópusi férgek közül a Fasciolopsis és bélmetélyek ellen.

Gégészeti vonatkozásban a Hexylresorcinol kívánivalót hagy maga után. Chemiai összetétele: $C_{12}H_{10}O_2$. Fehér lemezalakú kristályok, vízben aránylag rosszul, olajokban igen jól oldódnak. A nyálkahártyán oldatban adstringens hatást fejt ki, in substantia felületes coagulációs necrosist okoz. A szervezetre toxikus hatást nem fejt ki, máj-, vese-laesiót nem okoz, a vizeletet savanyítja.

Makara szerint hatása a féregre abban nyilvánul meg, hogy in substantia a féreg kültakaróját coagulálja, s így az egész féreg az emésztőhatásnak esik áldozatul. Ezen hatásmódja alapján gelatina capsulában, vagy bevont dragée alakjában kell a béltractusba juttatni, hogy egyrészt csak ott szabaduljon ki a vehiculumból, s így közvetlenül jusson érintkezésbe a féreg testével, másrészt ne fejthessen ki idő előtt kellemetlen mellékhatást a száj- és nyelőcsőnyálkahártyán. Makara figyelmeztet is: »Vigyázzunk, hogy a gyermekek ne rágják szét a capsulát«. Felvetődik önkéntelenül, vajjon a béltractusban ezen nyálkahártyát necrotizáló hatás nem nagyfokú-e? Nem. Ugyanis ott a bélmedvében feloldódik, felhígul, a legfelületesebb epithel albuminoid anyagaival védő csanadékhártyát képez,

mely a mélyebb rétegekre hatását megakadályozza, s legfeljebb csak felületes hámlalást okoz, mely azonban könnyen regenerálódik. De hatása a féregre a tapasztalat szerint mégis intenzív, kültakarójával reakcióba lép s azt coagulálja.

Ezen Hexylresorcinolt kapta oxyuriasisa ellen K. K. 2½ éves beteg. A féregűzés előtt három héttel mandulaműtéten esett át osztályunkon, mely simán gyógyult, mandulaárkai jól behámosodtak. A kis gyermek az előírás szerinti csomagolásban levő hexylresorcin dragéát összerágta. Az elsőt csipős volta miatt kiköpte, a másodikat édesanyja ösztönzésére már lenyelte, mielőtt azt is jól összerágta volna. Kb. 5 perc múlva az egész szájüregre kiterjedő égető fájdalomról panaszkodott. Anyja bemondása szerint a szájnyílás környéke, a foghús, a nyelv és szájpad nyálkahártyája ekkor már hólyagosodni kezdett, majd egész fehérré vált, s ettől kezdve sem vizet, sem tejet nem nyelt le. Másnap mindössze négy korty tejet ivott nagynehezen, s minden további itatási kísérletet megakadályozott.

Ilyen előzmények után került harmadnap osztályunkra, ahol a következő leletet találtuk:

Hőm.: 37.4° C. Pörkkel fedett kölesnyi, borsónyi háthiányok a szájnyíláson köröskörül, alsó-felső ajak duzzadt. Az egész szájtornács és pofanyálkahártya, a nyelvhat, foghús, kemény- és lágyszájpad, elülső garatívek krétafehér lepedékkel fedettek, mely a nyelvről könnyen lekaparható, édeskés szagú, törmelékes összeállású, alapja vérző, vizenyős külemű. A mandulaárkok, hátsó garatívek, a hátsó garatfal, epiglottis nyálkahártyája vérbő, kissé duzzadt. Gégetükrözést a gyermek erős ellenzése miatt nem végezhattünk, megelégedtünk azzal, hogy a nyelvgyök erős lenyomása mellett az epiglottis nyelvi felszínét áttekinthettük. Lehelet acetonszagú. Bő salivatio. Megnyugtató után nagynehezen pár korty tejet iszik.

Negyedik nap. Hőm.: 37.4° C. Szájüregei kép változatlan. A hátsó garatfal belőveltsége, duzzanata csökkenő tendenciát mutat. Nyelvről könnyen lekaparható le a necrotikus lepedék, alapja vérbő, duzzadt. Kb. 1 dl. teát és 3–4 dl. tejet iszik még mindig nehezen. Elállunk a cukor és konyhasós feltöltéstől.

Ötödik nap. Hőm.: 37.1° C. Tejet, teát könnyebben nyeli. Lehelete már nem acetonszagú. Péneget még nem nyel, de már rá lehet bírni, hogy kísérelje meg, de kiköni.

Hatodik nap. Hőm.: 37.1° C. Tejet, teát, áttört parajt lenyeli. Lepedék lelekedésben.

Hetedik nap. Hőm.: 36.8° C. Folyékony-pépes ételt nyel. Kenyérbelet összerágja, de nyelési kísérletezés után kiköpi. Lepedék a kemény szájpad középső kis része kivételével lelekedött.

Nyolcadik nap. Hőm.: 36.7° C. Mint előző nap.

Kilencedik nap. Folyékony-pépes ételt jól, kétszersültet áztatva s jól megrágva lenyeli. Bismuthpép az egész oesophaguson végigszalad, peristaltica kifogástalan, szűkültre utaló tünetet nem látunk.

Tizedik nap. Láztalan. Gyümölcsöt, főzeléket, apróra vagdalt húst jól nyel. Otthonába távozik.

A közölt esetben a Hexylresorcinol a szájnyálkahártyával in substantia hosszabb ideig érintkezett, ezért okozta a necrosist, a hátsó garatfallal és oesophagus nyálkahártyával csak a nyelési aktus

alkalmával rövidebb ideig, így itt csak adstringens hatást fejthetett ki, s ezért nem okozott mélyebbre ható elváltozást.

Fenti esetet gégészeti és egyben megelőzési szempontból tartottam közlésre érdemesnek, mivel a gyógyszer várható széleskörű elterjedésével számolnunk kell hasonló esetek előfordulásával. A gyógyszer megrágása esetén jelentkező szájüregei és nyelvcső tünetek fenti eset — de az eddig előfordult többi egynéhány eset alapján is —, gyorsan, marandó heg és szűkület nélkül gyógyulnak, amik teljesen elkerülhetők lesznek az előírás pontos betartásával. Eppen ezért csak felnőtteknek, s értelmes gyermeknek adjuk, kik megrágás nélkül egészben lenyelik.

Kardos Zoltán dr., orv. százados.

Causalgia.

A causalgia a peripheriás idegek lövési sérülése után keletkező aránylag ritka megbetegedés. Nevét a görög „causis“ (égés) szó után W. Mitchell-től kapta 1864-ben. Az állandó jellegű égő fájdalom ugyanis a causalgia legjellemzőbb tünete. Ez a fájdalom olyan kínos és makacs lehet. — Förster egy esetében pl. tizenkét évig tartott — hogy végül is a beteg a végtag amputálását követelte. Nem véletlen, hogy ezzel a körképpel foglalkozunk. Igen gyakran előfordul, hogy orvosaink, sebészeink a betegek fájdalmait nem méltányolják kellőképpen, arra is van példa, hogy kételkednek a fájdalom további fennállásában és sokszor hysteriásoknak, néha simulánsoknak tartják a sérülteket.

Ami a causalgia aetiológiáját illeti, meg kell említeni, hogy a szerzők megpróbálták az ilyen eseményeket egy bizonyos törzshöz tartozóknak feltüntetni, ez azonban tévesnek bizonyult, mert a legtöbb beteg különböző vidékekről származott, különféle foglalkozásuk volt és nem voltak túl érzékeny természetűek. Jellemző erre körképre az, hogy nemcsak az idegek teljes vagy részleges sérülése, hegbe benövése, hanem az ereknek sérülése után is, sőt ezek sérülése nélkül is létrejöhet. A lövedék direkt vagy indirekt nyomása következtében az idegrostok molekuláris megváltoztatást szenvednek, akár a kevert idegfonatokban, akár az erek, vagy nyirokereik falában haladnak. Förster szerint a lövési sérülés mechanizmusa által az afferensen haladó sympathicus határköteg károsodása szerepel. Szerinte a fájdalomvezetés a sympathicus idegek útján két úton történik:

1) A peripheriás idegek közvetítésével a sympathicus idegen keresztül, a ramus communicans griseus, sympathicus ganglion, ramus communicans albus útján a gerincvelőbe és onnan a tractus spinothalamicuson a thalamus opticus szürke állományába, amely gyűjtőhelye minden sensoros és sensibilis izgalomnak.

2) A másik út direct az edény sympathicusok közvetítésével jut el a központba. Ez a vezetés azonban csak egyes esetekben lehetséges és itt a dispositionnak tudnak be nagy szerepet.

Hogy a körkép létrejöttében a sympathicus szerepel, mi sem bizonyítja jobban, mint az, hogy a nervus radialis és femoralis lövési sérülése után sohasem észlelték causalgiait. Ezek az idegek ugyanis Leriche vizsgálatai nyomán nem tartalmaznak velőhüvely nélküli sympathicus rostokat. A causalgia

körképe leginkább a nervus medianus, ischiadicus, plexus brachialis, n. tibialis, peroneus, ulnaris lövési sérülése után keletkezik.

Azt a tényt, hogy psychikus, ophthalmicus és acusticus izgalmak után a fájdalom fokozódik, *Astvasaturosus* úgy magyarázza, hogy a causalgia peripheriás sympathicus fonat izgalma folytán jön létre, azonban a sympathicus idegrendszer mint egész reagál erre az izgalomra.

A lövési neuralgiák pathogenesise még nem teljesen tisztázott kérdés. Igen gyakran találunk ilyen neuralgiák esetén a hegben csontszilánkot, ruhaszövetet és egyéb idegen testet. Máskor a szomszédos arteria sérülése után támadt aneurysmát teszik felelőssé (*Förster*). A peripheriás idegek lövési sérülése után keletkező égő fájdalom (causalgia) körképének gyakorisága különböző az egyes szerzők megfigyelése szerint. Vannak szerzők (*Nonne, Rhoche*) akik 1—3%-ig teszik az ideg lövése után támadt causalgiasok számát. Mások sokkal nagyobb százalékról számolnak be és főleg incomplet idegsérülés után észlelték.

A lövési neuralgiákhoz némileg hasonló fájdalommal járnak a végtagok fájdalmas vasomotoros neurosisai, mint az akrodynia, erythromelalgia, Raynaud-kór, ahol szintén a sympathicus beidegzés zavara szerepel.

Elkülönítő kórhatározás szempontjából fontos tudni, hogy a causalgias idegfájdalom alatt egészen különleges fájdalmat értünk és a neuritisektől valamint egyéb neuralgiáktól megkülönbözteti az állandó jellegű, egyre fokozódó égő fájdalom, amely a szomszédos területre is ráterjedhet és az előbbiekkal ellentétben hideggel, legalább is némileg, befolyásolható.

A causalgia főbb tünetei a következők:

- 1) Állandó jellegű, jól definiálható fájdalom, amely analgetikák által nem befolyásolható.
- 2) Érintési izgatás által fájdalmas roham váltható ki a megfelelő területen.
- 3) Fájdalmas roham váltható ki érintéssel a contralateralis területen.
- 4) Mozgási fájdalom a sérüléstől távolesó helyen.
- 5) Sensoros izgatás, ríktó fény, zaj által szintén előidézhető.
- 6) Trophikus zavarok a csontokon, körmökon és a bőrön.
- 7) Relativ paresis.
- 8) Enyhe leukocytosis.
- 9) Oscillometriás vizsgálatnál erősebb vagy gyengébb edény motilitas figyelhető meg.

A causalgia therápiájában fontos tudni minden orvosnak, hogy a conservativ kezelés eredményt nem hoz. Időleges fájdalomkikapcsolás a megfelelő sympathicus ganglion novocainnal blockirozása által lehetséges, ami bizonyos körülmények között a betegre már szintén nagy áldás. Végleges gyógyulást azonban csak sebészti megoldás adhat. Ez állhat: 1. A seb környékének feltárásából, a hegnek, neuromának eltávolításával.

2) A reflexív megszakításából: a) periarteriális sympathektomiával.

b) megfelelő oldali ganglion stellatum, alsó végtagon a lumbalis I—V, sacralis II. sympathicus dúc eltávolításával. Ezek eredménytelensége esetén:

3) A gerinevelő hátsó gyökének átvágása következik, vagy a legritkább esetben:

4) Chordotomia inferior vagy superior jön számításba, ami a contralateralis tractus spinothalamicus gerinevelőben végzett átmetszését jelenti. Az utóbbit természetesen csak nagy gyakorlattal bíró, idegsebész végezheti sikeresen.

Pongrácz Ferenc dr. egyet. tanársegéd.

Kérdés — Felelet

Kérdés: Nem lehet-e a ma oly drága alkohol helyett a jóval olcsóbb denaturált szeszben tartani a tűket és fecskendőket és milyen fertőtlenítőszerrel válnak még be a gyakorlatban erre a célra?

G. M. dr.

Felelet: A fecskendők és tűk használatelőtti csirtalanítására a gyakorlatban kizárólag a kifőzés, mint hősterilizálás alkalmazható. A csirtalanított fecskendőt a kifőzéstől a felhasználásig terjedő időben szokás fertőtlenítő oldatokban előkészítve tartani, de ezeknek megbízhatósága csak akkor érhető el, ha az oldatba-helyezés előtt a fecskendő és a többi eszközök alaposan fertőtlenítve voltak.

A fecskendők sterilen eltartására legjobban bevált antisepticus szer a 70%-os tiszta alkohol. Azonban szem előtt tartandó, hogy nem sterilizál, csak fermentja a már megélt sterilizációt. A használt fecskendőnek újra használása előtt egyszerű alkoholos fertőtlenítés nem elegendő és így a gyakorlatban nem is szabad azt alkalmazni. A denaturált szesz, mint az alkohol pótszere, nem alkalmazható, mert a denaturáláshoz használt pyridin-származékok a befecskendezés helyén izgalmi tüneteket okoznak. Egyéb fertőtlenítőoldatok, mint az alkohol pótszerei kevésbé használatosak a gyakorlatban nem váltak be; egyrészt azért, mert a fecskendőben maradt antisepticum hatása a szervezetre káros, másrészt, mert a legtöbb ilyen anyag kellemetlen szagú. Leginkább kerül alkalmazásra a 3%-os lysoform, illetve a 2%-os phenololdat. Ezek használata esetén a fecskendőt alkalmazás előtt steril destillált vízzel kell átöblíteni, ami az eljárás bonyolultságával a megkívánt sterilizációs biztonságának rovására van.

A gyakorlat szempontjából legjobban bevált az, hogy a fecskendőt használat előtt közvetlenül kifőzzük. Nagyobb forgalmú rendelésen az üzem zavarjalansága úgy érhető el, hogy több fecskendővel és a sterilizátor állandó működtetésével mindig megfelelő számú frissen kifőzött fecskendőt tartunk készletben.

Nem hangsúlyozható eléggé, hogy különösen mélyebb, izomba adott injectiók alkalmazásakor csak frissen kifőzött fecskendő és tű használható, hogy a különben oly könnyen előforduló injectió fertőzés elkerülhető legyen.

*Verebély Tibor dr.
egy. magántanár.*

Az egyetemek székhelyén készült dolgozatokat az ottani egyetemi szakbizottság képviselőihez kell küldeni, a szerkesztőség csak az ő véleményük alapján fogad el közlésre kérésokat.

SYMPATOL

A SZÍV ÉS VÉRKERINGÉS GYÓGYSZERE.

Indikációk

Az erek hypotóniával párosult tónuscsökkenése:

Rekonvalescentia - Hypotónia - Terhesség - Öregkori panaszok

Általános keringési gyengeség:

Influenza - Diphtheria - Tuberculosis - Typhus - Pneumonia

Súlyos kollapsus:

Műtétek - Szülések - Vérvesztés - Shok

Tudományos osztály,
Budapest, VII.
Károly király út 13 15.



Forgalomban:
Ampullák a 0.06 g
és 10%-os liquidum.

A SALICYLSAV
BIZTOS FEL-
SZIVÓDÁSA
A BŐRÖN ÁT:

RHEUMASAN

A SOUVERAIN

*analgeticum
antirheumaticum
és antineuralgicum*

MEGLEPŐEN GYORS, MEGBIZHATÓ, DERIVÁLÓ ÉS FÁJDALOMCSILLAPÍTÓ HATÁS.
TÜNETI ÉS OKI KEZELÉSI MÓD. ALKALMAZÁSA A LEGNAGYOBB MÉRTÉKBEN GAZDASÁGOS.

Nagybani eladás: Kálmán Lehel, gyógyszervegyészeti vállalat, Budapest 62.

A nagyméltóságú m. kir. Belügyminiszter Úr 320.000/1942. B. M. sz. rendeleto értelmében az államkincstár, illetve a közgyógyszerellátás terhére (O. K. I. felügyelote alatt működő zöldkeresztes intézetek, anya, — csecsemő, — és kisdédvédelmi intézetek, egészségvédelmi szolgálat részére) rendelhetők:

DEMALTOS CSECSEMŐ TÁPCUKOR

(dextrin-maltose) Soxhlet elvei szerint cukor helyett, hasmenésre hajlamos, vagy mesterségesen táplált csecsemők részére, dyspepsiánál, nyári hasmenéseknél, erjedéssel székletek eseteiben, elválasztás idején kitűnően bevált, mert sem székrekedést, sem hasmenést nem okoz. Forgalmában: 300 g-os rendes, 3500 g-os kórházi és 150 g-os közalapi csomagolású dobozokban. Tejkonyhák részére, Budapest Székesfőváros Anya-, Csecsemő- és Kisdédvédő intézetei, OTI, MABI, MAV BBI, Magy. Kir. Posta- és Postatakarékpénztári BBI, m. kir. állami gyermekmenhelyek, budapesti és vidéki klinikák, kórházak részére is rendelhető.

A Keller-féle malátaleves pontos és gyors előállítására

MALTOSIT TÁPLISZTET

ajánljuk! Különösen bevált csecsemők idült táplálkozási zavarainál és az azokból származó hypotrophiánál; obstipatio hajlammal, exsudatív dyathesisnél: 300 g-os eredeti rendes, 150 g-os közalapi és 3500 g-os kórházi csomagolású dobozokban.

Ugyan úgy rendelhető, mint a Demaltos csecsemő tápcukor.

SZITMALTIN

szénhydrátdús erősítő tápszert rendelünk minden esetben, amikor erőteljes táplálkozásra van szükség (heveny, vagy idült fertőző betegségek eseteiben, vagy azok után beállott leromlásnál, a reconvalescentia szakában, a regenerálódás gyorsabb és tökéletesebb elérésére), a felnőttek bármely eredetű (gümőkóros, rákos) cachexiájánál; gyengén fejlett és hiányosan táplált kisdédek és gyermekek erőbeni állapotának feljavítására. Forgalmában: 500-, 250- és 100 g-os rendes, 250 g-os közalapi és 2500 g-os kórházi csomagolású dobozokban.

Engedélyezve: OTI, MABI, M. kir. Posta- és Postatakarékpénztár BBI, Budapest Székesfőváros központi és tüdőbeteg gondozó intézetei részére.

Gyártja: KÖBÁNYAI POLGÁRI SERFŐZŐ ÉS SZENT ISTVÁN TÁPSZERMŰVEK R-T. Budapest X., Maglódi-út 17.



Expectin sol. cseppek

ELŐÁLLITJA ÉS FORGALOMBA HOZZA:

Diachemia

INGERT SZÜNTET
ERÉLYESEN KÖPTET

Straub Sanaor gyógyszervegyészeti és vegyészeti laboratorium, Budapest, VI

A MÁV- B. B. I. ÉS A SZFÖV.
ALK. SEGÍTŐALAPJA TERHÉRE
SZABADON, A M. KIR. HONVÉD-
SÉGNÉL E. ALATT ENGEDÉLYEZVE

10 gr. ára P 2.20

IRODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Gömöri Pál és Binder László.

Sulfadiazin (sulfapyrimidin) infectióban: *Finnland, Peterson és Goodwin:* (Ann. Int. Med. 1942.) A Boston City Hospital-ban eddig észlelt 464 esetük mellett most újabb 460 esetről számolnak be. Valamennyi esetből szerzett tapasztalatuk szerint haemolytikus streptococcus okozta fertőzésben és minden acut bakteriális meningitisben a legmegfelelőbb gyógyszer a sulfadiazin, míg staphylococcus és gonococcus fertőzésekben hatásossága azonos a sulfathiazollal. Kisebb toxicitása miatt azonban, ha hosszabb ideig tartó kezelés szükséges, itt is előnyben részesítendő a sulfathiazollal szemben. A tüdő gyulladása betegségében, okozza azt pneumococcus, streptococcus, staphylococcus vagy Friedländer bacillus, sulfadiazin alkalmazása a helyesebb. Toxicus tünetek ritkábban és kisebb intenzitással fordulnak elő, mint a többi hasonló gyógyszerből. Veseelézió előfordul, de a folyadékfelvétel fokozásával, a gyógyszeradásának megszüntetésével esetleg ureterkatéter felvezetésével a fatális kimenetel többnyire elkerülhető. Agranulocytosist csak egy esetben láttak. (M. N. L.)

Gömöri dr.

Sulfadiazin a pneumonia kezelésében. *Ensworth.* (Am. J. med. Sci. 1942.) 239 pneumococcus pneumoniaában adtak sulfadiazint (sulfapyrimidin). A halálozás átlagban 10.9%, azonban 113 50 év alatti betegből csak egyet vesztettek. Annak ellenére, hogy a vérben a gyógyszer koncentrációja magasabb volt, mint sulfapyridin, illetve sulfathiazol adása esetén szokott lenni, toxikus tünetek ritkábban jelentkeztek. A gyógyszer a 239 eset közül csak háromban okozott hányást. Agranulocytosist nem észleltek. Szövődmények ritkán fordultak elő. Véleményünk szerint a sulfadiazin épp oly hatásos, mint a sulfapyridin és a sulfathiazol, de kevésbé toxikus. (M. N. L.)

Gömöri dr.

Pericarditis adhaesiva: *Harrison és White.* (Ann. Int. Med. 1942.) 37 pericarditis adhaesivában szenvedő betegük közül 28-on pericardiumresectiot végeztek. 14 klinikailag gyógyult, bár egyeseken a vénás nyomás kevésbé a normálisnál nagyobb maradt. 5 betegük közvetlenül a műtét következtében halt meg. Egészen könnyű és nagyon súlyos esetekben nem végeztek műtétet. (M. N. L.)

Gömöri dr.

A tuberculosis gyakorlati aktivitásos diagnosisa. *J. W. Reichel* (Wien, Med. Wochschr. 1943. 2.) Specifikus egységes tünetek nincsenek, melyek alapján a betegség aktiv volta bizonyítható volna, hanem csak a tünetek összességéből vonhatók le következtetések, amiért is a vizsgálatnál bizonyos sorrend szükséges. Subjektív tünetek: gyengeség, fáradékonyság, az intellektuális productivitas csökkenése. Ezen tünetek a betegséget évekké megelőzhetik. Objektív tünetek, melyek lehetnek nem specifikusak is, mint pl. hőemelkedés, ez t. b. c.-nél rendszerint délután 2–5 tized fokkal magasabb, mint reggel. Munka után a hőemelkedés, mely normálisan hamar leszáll, t. b. c.-nél órákig fennáll. A fájdalom közül, csak az enyhe bizonytalan fájdalmak tekinthetők aktivitásos jelnek. Vérték: exsudatív típusnál kiskokú leukocytosis, ha kevert fertőzés nem áll fenn, legfeljebb 15.000, a proliferatív alaknál normális a leukocytó szám. Az exsudatív t. b. c. korai stádiumában neutrophilia van, a hosszabb idő óta fennállónál pedig kiskokú lymphocytosis dominál. Az exsudatív alaknál kiskokú eosinophilia akkor ta-

NAGY ORVOS-IRODALMI ESEMÉNY!

Decemberben megjelenik az eddig német, francia, angol, spanyol, orosz, görög, japán, portugál és svéd nyelven kiadott prof. Dr. Robert Bing: *Lehrbuch der Nervenkrankheiten* magyar kiadása!

Az ideggyógyászat tankönyve

Orvosok és orvostanhallgatók számára.

Irta: Prof. Dr. Robert Bing, a bázeli egyetemen a neurológia rendes tanára. Az utolsó, VII. német kiadás alapján fordította Dr. Schultz Géza egyet. klinikai tanársegéd. 800 oldal műnyomópapíron, 220 ábrával a legszebb békebeli kiállításban

Papírhány következtében a mű korlátozott példányszámban jelenik meg!

Megrendeléseket már elfogadunk!

NOVÁK RUDOLF ÉS TÁRSA

Orvosi Szakkönyvkereskedés és Tudományos Könyvkiadóvállalat
BUDAPEST, VIII., BAROSS-UTCA 21.

lálható, ha az lezajlófélben van. A proliferatív típusnál eosinophilia a granulátos burjánzás stádiumában jelentkezik. A vvs.-süllyedés csak akkor fokozott, ha bármely oknál fogva fehérjeszétés van s ennek termékei a vérbe jutnak. Különben a süllyedés normális. Tehát fokozott süllyedést csak az exsudatív folyamat bizonyos szakában találunk. Fizikális vizsgálatnál is óvatosan kell eljárni, tekintettel arra, hogy a mellzöreg morfológiai elváltozások következményei és nem aetiologiasak. A proliferatív típusnál általában csak száraz szörtyzöreg hallható. Általában a fizikális lelet a legváltozatosabb lehet. A legfontosabb diagnosztikai eszköz a rtg., de ez is mint, ahogy azt a szerző néhány esettel illusztrálta, téves diagnózisokhoz vezethet. A köpetben talált bacillusok nem jelentik mindig a folyamat aktiv voltát, mert gyakran levált mészdarabkák is tartalmaznak bacillusokat s ezek a köpetbe kerülhetnek. Természetesen azonban, ahol saválló bacillust találunk, igen precíz vizsgálatra van szükség. A köpetlelet csak akkor értékelhető, ha más gyulladása vagy aktivitásos jelet is találunk. A tuberculin próbák értéke is kétes, csak hosszú időm át készített sorozatokból lehet következtetéseket levonni. (B. 24.)

Riedl Ötör dr.

NEOMAGNOL-CHINOIN

Erélyes hatású, teljesen ártalmatlan

FERTŐTLENÍTŐSZER

10 és 50 tabletta

STRYCHNOPHOSPHARSEN,

„CERTA” GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R.T. BUDAPEST

AZ IDEGCASUSOK
ROBORANSA

TABORI EGÉSZSÉGÜGY ÉS HADISEBÉSZET

Rovatvezető: *Sereghy Emil.*

Citrátos vér átömlesztése és a vérzésesillapítás. *Jorn, és Greis.* (D. D. Militärrzt 1943/6.) Az elvesztett vért csak változatlan vérral tudjuk tökéletesen pótolni. A vérátömlesztéssel bevitt vér vérzésesillapító hatása elsősorban az érszűkítő hatásban nyilvánul. Már 40–50 cm³ változatlan friss vér bevitele jó hatással van, a vérzésesillapító hatást a bevitt vér szétesési termékei idézik elő. A citrátnak in vitro véralvadást gátló hatása vérátömlesztésnél kevésbé érvényesül, mert igen kevés citrát kerül a szervezetbe, a szervezetben a citrát hamar elég és elegendő mészt áll rendelkezésre, noha a vérzők vér calcium szintje rendszeren csökkent. 12 esetben citrátos vért vitt be, utána az alvadás 2 esetben rövidült meg, a többi esetben 1–2 perccel megnövekedett. Ezért citrátos vér bevitele után Calciumot, vagy parathormont is kell adni a vérzőnek. (S. 23.)

Sereghy dr.

Distractions gipszkötés a harcéri csontsérülések kezelésében. *Killian.* (D. D. Militärrzt 1943/5.) Nyújtásos kezeléssel, különösen combcsonttörés esetében, a törtevégeket nem tudjuk megbízhatóan rögzíteni. A nyújtókezeléshez készülékekre van szükség, a beteget ágyhoz köti. Distraction gipsz felhelyezése előtt a törtevégeket össze kell illeszteni. Tökéletes nyugalmat biztosít a gipszben a drót nem csúszik el és a beteg rögtön szállítható. A drótnak feszített állapotban való tartását Hueck vagy Killian lemezeivel lehet biztosítani. A gipszet jól alá kell párnázni. Combcsonttörés esetén a sípcsontdort fúrjuk át és teljes medencegipszet teszünk fel. Lábszártörés esetén a sarokcsont és sípcsontdort átfúrása után az egész alsó végtagra tesszük fel a gipszet. A sípcsontdort átfúrását el is hagyhatjuk. A lágyrészsebnek megfelelően a gipszen abakot vágunk. A gipszet vargákéreggel, gipszpólyával körülsavart Krámer sínrel erősítjük. A gázüszök veszélye miatt a törést az 5-ik napon tegyük helyre és rögzítsük. Nyújtásos kezelést csak igen kiterjedt lágyrészsebesítés, vagy műtét esetén alkalmazunk. (S. 22.)

Sereghy dr.

Localis tetanus. *Dellesfsen.* (D. D. Militärrzt 1943/6.) Enyhe fertőzésnél keletkezik, ha kevés toxin jut a környéki ideg mentén a gerincvelőbe. Előfordul fejen, végtagokon, törzsen, egyik testfélén. Görcs, izommerevség lép fel körülírtan, láz, egyéb általános tünetek hiányoznak. Általános tetanus recidivája, jelentkezhethet körülírtan. A localis tetanust úgy kell kezelni, mint az általános tetanust, mert általánossá válhat és halálhoz vezethet. (S. 20.)

Sereghy dr.

BÖRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: *Szép Jenő.*

Szükséges-e a megelőző syphiliselleni kezelés. *K. Zieler.* (Dermat. Wschr. 1943. 37/38. füz.) Megjegyzés Imel közleményére; Derm. Wschr. 23/24. f. Zieler, miként már több alkalommal is teté, most is ellenzi az olyan egyének antisiphilises kezelését, akik fertőző syphilisben szenvedő partnertől valószínűleg fertőződtek, tüneteket azonban nem mutatnak. Több olyan esetet ismerlek, melyben a partner erősen fertőző állapotban volt, az érintkezés idejében, fertőzés azonban hosszú ideig történt megfigyelés alatt sem volt észlelhető. Nem tudni, hány egyén volna ilyen fertőzéstől mentesen maradt azok közül, akik syphilis tünetek nélkül végeznének antisiphilises kezelést és ezáltal mintegy syphilissel stigmatizálnánk őket. Minthogy a prophylaktikus syphilis kezelés is 1–3 kombinált kúrából állana Imel szerint, a megelőző kezelés rövidebb voltát sem lehet előnynek felüntetni. Tehát az ú. n. megelőző syphilis kezelés mindenképpen elhagyandó, mivel még biztosan fertőző egyénnel történt

közösülés után sem biztos a fertőzés, a kezelés időtartama sem kisebb ilyen esetben, a feltételezett syphilises beteget pedig feleslegesen veszélyeknek tesszük ki. Természetesen a szakszerű és gondos megfigyelés igen fontos, mivel az esetleges fertőzést abortív kezeléssel kell gyógyítani. (Sz. 39.)

Kovács Zsigmond dr.

Kenőcsös alapanyagban alkalmazott sulfathiazol baktericid hatása. *Strakosch és Olsen.* (Archives of Dermatology and Syphilology. 1942. június.) Közlük azokat a tanulmányokat, amelyeket különböző kenőcs-szerű alapanyagban 5 százalékosan elkevert sulfathiazolnak bakteriosztatikus hatására vonatkozólag végeztek. Vér-agar lemezeket használtak, amelyeket staphylococcus aureus és streptococcus haemolyticus 24 órás bouillon tenyésztéssel alaposan bekentek. A kenőcs-anyagból 0.3 g-ot enyhén felmelegítve szemecseppentővel rácseppentettek az agar-lemezre. Ezután 37°-os melegben megfordítva helyezték el a lemezeket, és ezeket 6, 12, 24 és 36 óra múlva megvizsgálták. Lupéval nézve milliméter beosztású vonalzóval mérték a fejlődésükben gátolt területek nagyságát. Sulfamilamiddal is bekentek táptalajokat. A szerzők megfigyelésekből megállapították, hogy a natrium-sulfathiazol megfelelő kenőcsös alapanyagban nem veszti el bakteriosztatikus képességét. Natrium-sulfathiazol akkor a leg-hatásosabb, ha a víz és olajból álló és cholesterolben gazdag emulsióban, mint alapanyagban alkalmazták. A hatószert hatása szempontjából nagyon fontosnak látszik, hogy az alapanyagban milyen a zsírok és az emulgeáló anyagok relatív mennyisége. (M. N. L.)

Szép Jenő dr.

Ulcus gangraenosum penis, mély trichophytia és más bőrbajok sajátvérsavó-kezelése. *Piper H. G.* (Dermat. Wschr. 117, 29.) Már 1913-ban ajánlotta Spiethoff bőrbetegeknek sajátvér-kezelését. Az olykor fellépő túlérzékenység miatt a szerző sajátvérsavó-kezelést ajánl. A kezdő adag 50 cm³ vér savója, melyet érbe ad vissza. A következőkben 100 cm³ vér savóját adja. A penis üszkös fekélye 2–3 nap alatt elhatárolódik, második befecskendezésre teljes feltisztulás. Hasonló jó eredmény várható a Plaut-Vincent angínánál, visszerek elhalálós, vörrel fedett kifeléyesedésénél, mély trichophytianál. (Sz. 32.)

Kertész Tivadar dr.

Az orr bőrén levő rák gyógyítása. *Robinson G. A. és Harris J. H.* (The American Journal of Roentgenology, 1942 július.) Megállapították, hogy az orr bőrének praecancerosus és korai rákos megbetegedései elektrodessiccióval jól ronszolhatók. Az orr bőrén levő minden rákos esetet alaposan kell kezelni, nehogy az új képlet kiújuljon. A rádiumos és röntgensugaras kezelés a kóros elváltozás típusa, elhelyezkedése és kiterjedése szerint más és más. Egyszeri masszív besugározatással épp oly jó eredményeket lehetett elérni, mint többszöri kisebb adagokkal, feltéve, hogy az összes sugármennyiség megfelelő volt és 3–4 héten belül alkalmazták. Előrehaladott esetek kezelése után az anyagihiányok pótlásához plazmatikai kezelésre és prothesisekre van szükség. (M. N. L.)

Szép Ernő dr.

CONTRATUSSIN SYRUP:

Bronchitis — tracheitis — pertussis

FŐRAKTÁR: DR. BAYER ANTAL GYÓGYSZERTÁRA, BUDAPEST, VI., ANDRÁSSY-ÚT 84

KÖNYVISMERTETÉS

A magyar biológiai kutatóintézet munkáinak idei XV. kötetét a napokban vettük kézhez boldogult *Entz Géza* szerkesztésében. A 33 éves vaskos kötet főleg a Balatonra és faunájára vonatkozó munkákat tartalmaz, de vannak közöttük földrajzi és orvosi szempontból értékes élettani és kórtani dolgozatok is. A közlemények száma 30. Különös érdekességű Bél Mátyás balatonvidéki földrajzának fordítása és ismertetése. Minden elismerésünk mellett is szóvá kell tennünk, hogy nem lehetne-e a mai papírszűke mellett a szöveget kissé összevontabban elhelyezni a drága és nagyon szép papíron?

Vámossy.

Rákstatisztikai Közlemények. (Szerkeszti: dr. *Illyefalvy Lajos*.) *Zalka Ödön*: Rákstatisztika a székesfevárosi Szent István kórházcsoporthoz 1896–1935. évi boncolási anyaga alapján. 119 o. Ára 5 P. *Wolff Károly*: Rákstatisztika a Szent Rókus Kórházcsoporthoz 1897–1935. évi boncolási anyaga alapján. 115 o. Ára 5 P. *Zalka Ödön* és *Wolff Károly* rákstatisztikai munkák értékének legfőbb előfeltételeivel: a nagy anyaggal, a lehető legmegbízhatóbb adatszerzéssel a statisztikai anyaggyűjtésnél, valamint a megfelelő, korszerű statisztikai feldolgozás és kiértékelés módszerével. Ami az anyag nagyságát illeti, elég rámutatni arra, hogy a szerzők statisztikai munkája az ország két legnagyobb betegforgalmú kórházcsoporthoz 40 évi (*Zalka*) ill. 35 évi (*Wolff*) boncolási anyagára támaszkodik. *Zalka* munkájában öleli fel 39.000, *Wolff Károly* 23.000 boncolás anyagát öleli fel. Az anyag természeténél fogva, ahogy az a mindkét munkában részletesen közölt osztályok szerinti betegágszámok eloszlásából kitűnik, legjobban megközelíteni látszik az általános elhalálozás anyagát és ezért statisztikai feldolgozásra alkalmasnak látszik, eltekintve mindkét kórházhoz időnként kapcsolódó inoperabilis rákos betegosztályoktól, amelyek anyaga néhol korrekciókat tett szükségessé, amelyek azonban az általános statisztikai értékeket nem befolyásolták. A két statisztikai munka határozott előnye továbbá egyéb halálozási vagy megbetegedési statisztikákkal szemben, hogy az anyaggyűjtés terén, mint-hogy boncolatokra támaszkodik, nincsen megterhelve olyan hibaforrásokkal, mint előbbieket. A korszerű statisztikai módszerek alkalmazásával feldolgozott hatalmas anyag számos táblázatban feltüntetett eredményeit jól áttekinthető módon adják a szerzők, ami az ilyen számadatokban bővelkedő munkák áttanulmányozásánál, vagy alkalmi betekintésekor értékes segítség. Megkönnyítik az anyag áttekintését a gazdagon mellékelt grafikonok, valamint a fontosabb megállapításokat csoportosító magyar és német összefoglalások. A szerzők statisztikai eredményeiből csak néhány általánosabb érdekű adatot ragadhatunk ki. *Zalka* és *Wolff* anyaguk statisztikai kiértékelése alapján egyöntetűen arra az eredményre jutnak, hogy a sokak által talán feltételezett rákcsapóroddás csupán látszólagos és a népesség előregedésével áll kapcsolatban. Az előregedés mértéke elég szembeszökő és különösen férfiaknál kifejezett. *Zalkánál* pl. 1896–1900 között a 20 éven felüli boncolt férfiak között 38%, 1931–35-ben pedig 57% volt idősebb 51 évnél, hasonló adatok talál-

hatók *Wolff* statisztikájában is.) Az egyes szervrendszerek rákjait illetően figyelemre méltó férfiaknál az emésztőtractus rákjainak az összes rákesetek számára vonatkoztatott megoszlási arányszámának állandó következetes csökkenése, változatlan előfordulási (gyakorisági) arányszám mellett, valamint a légzőtractus rákjainak nemcsak megoszlási, hanem megjelenési gyakoriságának is statisztikailag kimutatható szaporodása. Nem hagyhatjuk említés nélkül azt a körülményt, hogy a két statisztika sok vonalon egybehangzó eredménye mellett mutatkoznak még azonos kérdésben is feltűnő eltérések is. Így pl. éppen az emésztőtractus rákjainak megoszlási %-ban az összes quinquenniumban végig szembetűnő különbség mutatkozik a két statisztikai adat között és a differencia a VII és VIII éves csoportra vonatkozóan olyan nagyfokú (*Zalkánál* VII: 62.69%, 54.7–70.6 szóródással, *Wolffnál* VII: 44.93%, 35.9–53.9 szóródással VIII: *Zalkánál* 55.09%, 48.55–61.63 szór., *Wolffnál* 133.59% 24.80–42.38 szóródással) hogy amint látjuk, még a statisztikailag megengedett szóródási értékeikben is eltérnek, ami arra a következtetésre vezetne, hogy az emésztőtractus rákjai statisztikailag biztosan megállapíthatóan kétféle megoszlási %-ban fordulnának elő, ami természetesen paradoxon. Erre valószínűleg részben magyarázatul szolgálhat a Rókusai anyagnak az István kórházhoz viszonyított kisebb volta, amiért is előbbiben több szervrák adatai quinquenniumonként több helyen mutatnak alternáló ingadozást. Másrésztől úgy látszik ez arra a körülményre is rávilágít, hogy még nagy anyagú statisztikákban is megnyilatkozhatnak az anyagnak bizonyos egyoldalúsága, még ha annak eredetét a kórházi ágyak eloszlásából utólag már nem lehet kideríteni. A szerzők anyaga lehetővé tette egyes fontosabb szervek rákjának külön tartott feldolgozását is. A szerzők munkájának ez a részletes része, hozzá csatlakozva a halálok, az áttétképződés, valamint a klinikai és sectiós diagnosisek összehasonlításáról adott fejezetek már nemcsak elvont statisztikai szempontból, hanem általános orvosgyakorlati szempontból is figyelemreméltók, mert a rákbetegségnek nemcsak általános jellegű vonatkozásai, hanem egyes szervrákoknak a statisztikai adatokban visszatükröződő biológiai sajátosságai is megvilágítást nyernek. Így az egyes szervek rákjának megjelenési kora, áttétképzésének gyakorisága, időrendűsége, káhexiakifejlődés mértéke, secundær szövődmények és klinikai diagnosztizáltságuk %-a olyan kérdései nyernek megvilágítást a statisztikailag kiértékelített boncolatok alapján, amelyek végeredményben nemcsak az orvosi gondolkodásnak, hanem tevékenységnek is irányításul és alapjául szolgálnak.

Romhányi György

Laxoptin

Ideális, enyhe hatású hashajtó. Éveken át jó eredménnyel szedhető

Lalkus propagandával nem vezetjük a közönséget öngyógyításra

„NAGY KRISTÓF” gyógyszerár, IV., Váci-utca 1

DIPHEDAN-chinoin

nem kábító, erőteljes hatású

ANTIEPILEPTICUM

1 tabletta 0.10 g 5,5'-diphenylhydantoin tartalommal

Elective hat az agyi görcsközpontokra anélkül, hogy bódító hatást fejtene ki.

25 tabletta eredeti üvegcsőben



SZÉKREKEDÉS BEN, KRÓNIKUS BÉLRENYHESEGBEN 60 ÉV ÖTA BEVÁLT

BOXBERGER-FÉLE KISSINGENI LABDACSS

SIEMENS RÖNTGEN

diagnosztikai és therapiás berendezések és tartozékok

*Rövidhullámú készülékek,
elektrokardiográfok, kvarclámpák
és egyéb orvostechnikai gépek*

Díjtan szaktanács és helyiségtervezési tanácsadás

MAGYAR SIEMENS REINIGER MŰVEK R. T.

Röntgen és orvostechnikai gépgyár

Budapest, VI., Nagymező-u. 4. Telefon: *224-É60.

Fájdalmaknál

Quadronal

megbízható — hatásos — jól tűrhető

Naponta háromszor 1–2 tablettá

phiolák 10 és 20 tablettátartalommal

Adatokkal készséggel szolgál.

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE I. W.

KÁLMÁN LEHEL GYÓGYSZERVEGYÉSZETI VALLALAT BUDAPEST 62

Uricedin

anyagcserebántalmaknál, mint: köszvény, rheuma, ischias, vese-,
hólyag-, epe-, máj-bántalmaknál, bélrenyheség és gyomorbetegségeknél.

Magyarországi vezérképviselet:

Medichemia Gyógyszerkészítmények Gyára R.T.

Budapest, X., Hölgý-uca 14

J. E. Stroschein

Chemische Fabrik K. G.

Berlin

ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és kiadóhivatal:
VIII., Üllői-út 26., IV. em.
Telefon: 345-113.

Ingyenes lifthasználat.
(Kérje a portástól.)

MEGJELENIK SZOMBATON

Egyes számok kaphatók:
a kiadóhivatalban 70 fillérért;
Magyar Orvosi Archivum számai 2 pengőért.

Hirdetések kizárólagos felvétele
a kiadóhivatalban.

Előfizetések beküldhetők: Kiadóhivatalunkba vagy
22.968. számú postatakarékpénztári csekkszámunk javára.
Romániában: Borsos Béla dr. Arad, Str. Gen. Grigorescu 5.
Slovákiában: Eleőd Solt. Handels- u. Kredit-B. Bratislava.

Előfizetési díj: az »Orvosi Hetilap«-ra az »Orvos-
tudományi közlemények«-kel együttesen egész évre 26 P,
220 slk., 1000 lei, egyéb külföldre a belföldi díjak + portó-
költség (összesen 32 P), félévre ezen összegek fele, negyed-
évre negyede, egy óra 2-50 P.

A »Magyar Orvosi Archivum« egész évre 10 P., 70 slk., 400 lei.

SIEMENS RÖNTGEN

diagnosztikai és therapiás berendezések és tartozékok

*Rövidhullámú készülékek,
elektrokardiográfok, kvarclámpák
és egyéb orvostechnikai gépek*

Díjtalan szaktanács és helyiségtervezési tanácsadás

MAGYAR SIEMENS REINIGER MŰVEK R. T.

Röntgen és orvostechnikai gépgyár

Budapest, VI., Nagymező-u. 4. Telefon: *224-860.

Aranyeres bántalmaKnál
Posterisan
A p és A en ő c s

Félelemérzés, idegesség,
neurasthenia leküzdésére

Abasin

az ártalmatlan megnyugtatószer



»Bayer«
LEVERKUSEN

Forgalomban:

10 és 20 drb 0.25 g-os tablettá

Magyarországi vezérképviselő: MAGYAR PHARMA GYÓGYÁRU R.-T.
BUDAPEST, V., Arany János-u. 10. KOLOZSVÁR, Mussolini-út 18.

RICHTER-féle butylaethylbarbitursav készítmények:

ETOVAL

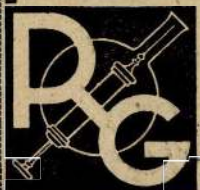
Sokszorosán bevált altatószer 1 tablettá 0.10 g, 1 suppositorium 0.20 g,
1 ampulla 0.10 g, 1 ccm solutió 0.25 g, butylaethylbarbitursavat tartalmaz

ETOVALETTA

Huzamosabb használatra is alkalmas sedativum 1 tablettá
0.03 g butylaethylbarbitursavat tartalmaz

BELLETOVAL

A vegetatív idegrendszer zavarai esetén 1 tablettá 0.25 mg
belladonna összalkaloidait és 0.05 g butylaethylbarbitursavat tartalmaz



RICHTER GEDEON vegyészeti gyár r. t., Budapest, X.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON.

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC, V. BERDE KÁROLY, GORKA SÁNDOR, HÜTTL TIVADAR, BALÓ JÓZSEF,
VÁMOSSY ZOLTÁN, MÉHES GYULA, REUTER KAMILLÓ, JENEY ENDRE, VIDA KOVITS KAMILLÓ.
FELELŐS SZERK.: VÁMOSSY ZOLTÁN. Fogad kedden és pénteken 12—1. SZERK.: FRITZ ERNŐ.

TARTALOM:

Anda Tibor: A teniszkönyök. (517—519. oldal.)
Vízkelety Gyula: Lövedék és fémszilánkok műteti eltávolítása. (519—520. oldal.)
Bálint Péter: Hypoproteinaemia és paraproteinaemia. (521—522. oldal.)
Nagy Zoltán és Kelemen László: Aknaszilánk okozta rekeszsérv kizáródása. (522—523. oldal.)

Irodalmi szemle. (524—527. oldal.)
Könyvismertetés. (528. oldal.)
Zsebők Zoltán: Hozzászólás Tóth Zoltán m. tanár úrnak közleményéhez, illetve válaszához. (528—529. oldal.)
Lapszemle. (530. oldal.)
Vegyes hírek. (530. oldal.)
Hetirend. (530. oldal.)

A budapesti 2. sz. sebészeti klinika közleménye.
(Igazgató: Bakay Lajos ny. r. tanár.)

A teniszkönyök.

Írta: *Anda Tibor dr.* egyet. tanársegéd.

A teniszezés legjellemzőbb sportártalma az úgynevezett teniszkönyök (Tennisellenbogen, tenniselbow, coude du tennis). Előfordul azonban más sportágaknál is, ahol az alkar feszítő izomzatát a sporteszköz tartása, mozgatása különösebben igénybeveszi, főleg vívásnál (*Breitner, Hartwich, Wachsmuth* és *Wölk*) s golfnál (*Mills G. P.*), sőt mint ipari ártalom is elég gyakori cipészek, bányászok s mosónőkön (*Dubs*).

Először *Bernhardt* írta le 1896-ban, majd 1909-ben *Vulliet* és *Franke* ismertette részletesen. A fogalom pontos körülhatárolását nagyban elősegítette az ezután kifejlődő szakirodalom, különösképp *Gebhardt* és *Hohmann* vitája.

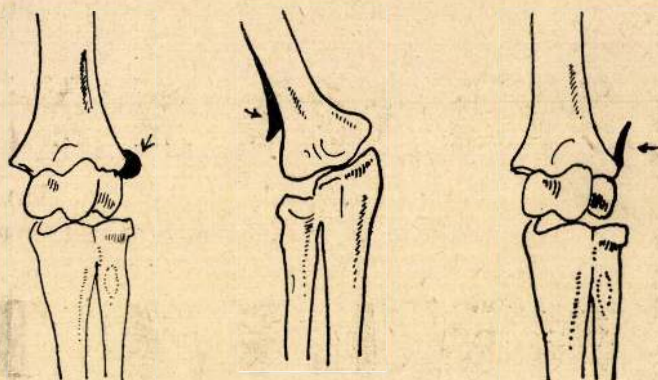
Most teniszkönyökön a felkarcsont külső epicondylusának a periostitisét értjük, pontosan elkülönítve (*Carp*) úgy kórok, mint tünet szempontjából a vele gyakran társuló myofascitist (*Albee*), radiohumeralis bursitist (*Dittrich*), az ízületi tok bántalmait (*Glass*) és a könyök arthritist (*Ferrero*).

A sportártalom legjellemzőbb tünete, hogy csak a sport túlzott üzésekor jelentkezik. Némelyeknek állításával szemben, hogy csak a negyedik decenniumban fordul elő, mi 20, 21 éves teniszezőn is tapasztaltuk. A fájdalmak játék közben a legerősebbek, pihentetés alatt csillapodnak, vagy el is tűnnek s a játék újrakezdésekor fokozott mértékben jelentkeznek. Jellegük szúró, görcsös, gyakran paroxysztikus fájdalom. Kiinduló helyük a laterális epicondylus, kisugározhatnak azonban a felkar vagy az alkar felé (*Breitner*), a könyök elülső oldala s az olekranon felé is (*Boigey*).

A teniszkönyök lényegében nem más, mint a felkar laterális epicondylusának csonthártyagyulladásai s a Baetzner-féle sportártalmak manifesztálódó csoportjába tartozik. Az egyoldalú megterhelésnek kitett csonthártya gyulladása a test más részén is

elég gyakori. *Saxl* szerint hasonló sportártalom a styloiditis radii, az olekranon, a femur, a tibia mediális condylusának (sipont), a fibula capitulumának és malleolusának, a calcaneus és os cuneiforme, az V. metatarsális tuberositásának és fejecsének, és az I. metatarsális fejecsének a periostitis is.

Mint kiváltó ok az epicondyluson tapadó izmok húzása szerepel (*Dubs*). Meglehetősen kis helyen itt ered a supinator longus, az extensor carpi radiális longus és brevis, az extensor digitorum communis, az extensor digiti IV. proprius és az extensor carpi ulnaris. A kétszer olyan erős hajlítók nem okoznak soha hasonló panaszokat, mert nagyobb felületen erednek s Conzette szerint az eredés helyén a periosteum sokkal szorosabban függ össze az alatta levő réteggel, mint a laterális epicondyluson. A túlterhelt feszítő izomzat apró beszakadásokat okoz a csonthártyán, mely azután az állandóan ismétlődő traumára gyulladással és felrakódással válaszol. Hohmann csonttaraj- és csipkeképződést is látott. (Lásd 1. sz. ábra.) Kiváltó okként apró traumák,

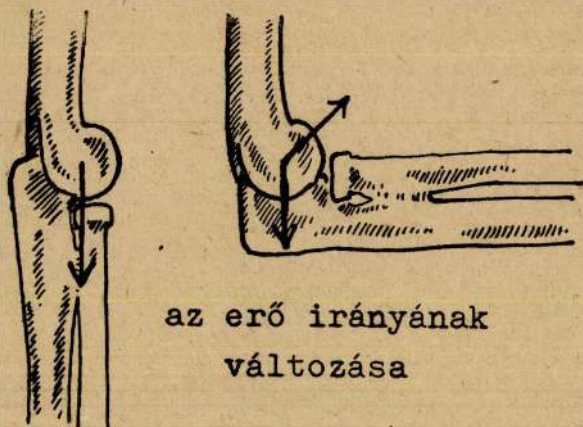


1. ábra.

úgynevezett mikrotraumák szerepelnek, melyeknek megismétlődése idézi elő azután a periosteum reakcióját. Valószínű, amint Conzette is felteszi, hogy bizonyos hajlamnak kell lennie. Sokan a periostitist mindig elsősorúként tartják, viszont *Gebhardt* s követői csak másodlagosnak, amit szerintük az alkar

izomzatának, illetőleg kötőszövetének az izgalma előző meg. *Mathez* elsősleges traumás és külön idiopáthiás epicondylitist különböztet meg, melyet fiatalabb korban »spätrachitis«-szel, idősebb korban pedig a pajzsmirigy dysfunctiójával magyaráz. *Albee* szintén toxikus hatást tételez fel a colonban felszívódó anyagok révén. *Franke* pedig influenza után látott teniszkönyököt.

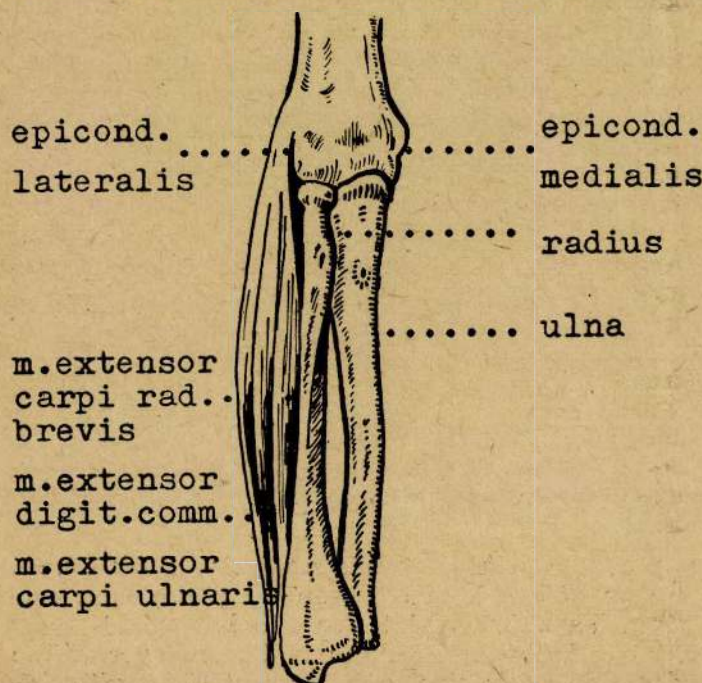
Feltevésünk szerint a traumás periostitis létrejötté tisztára mechanikus okokra vezethető vissza. Az epicondyluson eredő izmok inai a könyök hajlításakor az epicondylus lateralis síkjában óramutatóhoz hasonló mozgást végeznek, mely 135 fokon is túlterjedhet. (Lásd 2. sz. ábra.) Ily módon a csont-



az erő irányának
változása

2. ábra.

hártya más és más részére fejt ki húzást az izom sugáralakban. Természetes, hogy az erő irányának a változása sokkal nagyobb megterhelést jelent a csonthártya egyes részeire, mintha az egyszerre hatna az egész területre. A tapadási felület az epicondylus lateralison, mint előbb is említettük, aránylag kicsiny az ott tapadó izmok számához és működésük fontosságához képest. A húzással ható erő, fordított arányban lévén a felület nagyságával, természetesen sokkal nagyobb lesz, s irányát változtatva fokozottabb mértékben terheli meg a csonthártyát. Az izmok közül a m. extensor carpi radialis



3. ábra.

brevis az, mely a tünetek szerint a periostitis kiváltásában a legfontosabb szerepet játsza. (Lásd 3. sz. ábra.)

A teniszkönyök elég gyakori. *Knepler* szerint az összes sebészi betegségnek 0.1%-a. *Merlini* szerint férfiakon és nőkön egyforma arányban fordul elő, viszont *Knepler* főleg férfiakon látta a 4. és 5. decenniumban.

Prognosis szempontjából a teniszkönyök nem sok jóval biztat (*Ochsenius*). Figyelembe kell vennünk azt a tényt is, hogy utána gyakran arthritis deformans is keletkezik, ami a csonthártya, a synovia és az ízületi porc vitális értékesökkenését bizonyítja az epicondylitissel összefüggően.

A teniszkönyök gyógyítása egyike a legnehezebbeknek (*Breitner*). A conservativ therápia ritkán jár sikerrel (*Pirker*). Sokan a diathermiát, esetleg iszap-pakolásokkal, mások kvarzfényt ajánlanak. *Mathez* a pajzsmirigyre ható szerekekkel kíséri meg a gyógyítást. *Hohmann* a beteg könyök rögzítését és röntgenbesugárzást, *Marlin* pedig massaget ajánl. A könyök gipszkötéssel való ellátása csak a bántalom korai szakában járhat eredménnyel. *Spitz* a kezét dorsalis flexióban gipszeli be.

Az operativ orvoslás főleg a *Hohmann* által bevezetett műtéttől áll. Az inak tapadásánál 2–3 cm-es metszésből felszabadítja az epicondylus oldalsó elülső részét. *Mau*, *Boshamer*, *Ettore* sikerrel alkalmazták *Hohmann* módszerét, *Leriche* és *Tavernier* ellenben egyszer sem tapasztaltak teljes javulást, úgyszintén *Cataneo* sem. *Mau* percután úton egy metszésre egyszerűsítette a *Hohmann*-féle műtet.

Leriche, *Froelich*, *Fontaine*, *Tavernier*, *Sostegni* novocain infiltrációval értek el minden esetben kielégítő javulást. *Donati* szerint ez csak friss esetekben volt elérhető.

Eseteinket a panaszok erőssége, időbeli tartama, s a játékképesség csökkenése szerint két csoportba különítettük el. A kezelést is nagyjából eszerint végeztük. Azonban nem ragaszkodtunk mereven az esetek sablonos meghatározásához, hanem esetenként mérlegelve minden körülményt, egyéni constructiót, az alkar izmainak a fejlettségét, kort, stb., meglehetősen szabadon alkalmaztuk a rendelkezésünkre álló gyógymódokat.

Az első csoportba azokat az eseteket soroltuk, ahol a teniszkönyök kórképe még nem fejlődött ki teljesen, a panaszok határozott formát még nem öltöttek. Itt igyekeztünk a bántalom kifejlődését megakadályozni (megelőzés), s a csonthártya izgalmat elmulasztani. Az egészen könnyű esetekben, amikor a jelenségek még csak homályos rossz érzés formájában jelentkeztek, minden játék után lelkiismeretesen alkalmazott massage-zsal és melegvizes borogatással sikerült megakadályozni a teniszkönyök kifejlődését. A már határozottabb tünetek mellett diathermiát s massaget alkalmaztunk, sikerrel. Némely esetben *Hohmann* szerint röntgenbesugárzást kíséreltünk meg, azonban adataival ellentétben nem tapasztaltunk kielégítő javulást.

A második csoportba sorolt esetekben, ahol a tünetek sokszor már paroxystikusan jelentkeztek, a sportoló a sporttevékenységben teljes mértékben gátoltatott, nagyjából a *Leriche*–*Froelich*-féle novocain instillációs módszert használtuk. A lateralis epicondylust és közvetlen környékét 1%-os novocain-oldattal fecskendeztük be. Megkíséreltük a novocaint percaín-oldattal helyettesíteni, szintén sikeresen. Minden ily módon kezelt betegnek

ezenkívül hosszabb-rövidebb ideig iszappakolásokat s rendszeres masszaget írtunk elő. Az eredmény teljes mértékben kielégítő volt. A javulás teljes értékűségét azonban nem tudtuk minden esetben megállapítani, mivel az egyszer már így kezelt sportoló sosem folytatja a teniszezést olyan mértékben, mint azelőtt.

Egy esetben, amikor a tünetek rövid idő alatt igen erős formában jelentkeztek, a kezét dorsalis flexióban gipszsínnel láttuk el. A beteg azonban a tiltó rendelkezéseket nem tartotta meg, a gipszsínt eltávolította. Három hét múlva még fokozottabb tünetekkel tért vissza, s csak hosszas novocain, iszappakolás, massage útján sikerült javulást elérni.

Összefoglalás. 1. A teniszkönyök a felkarcsont laterális epicondylusának csonthártyaizgalma, eredetére nézve traumás periostitis, melyet az epicondyluson tapadó izmok mechanikai okból váltanak ki.

2. Gyakran társul a periostitishez myofascitis, radiohumerális bursitis, az ízületi tok bántalma, a könyök arthritise is, melyeket azonban egymástól el lehet különíteni.

3. Gyógyítása nehéz.

4. Megelőzőleg nagyon jó sikerrel alkalmazható a massage s meleg göngyölések.

5. Súlyos esetekben a Leriche-féle novocain instillációs módszerrel sikerül gyógyulást elérni, conservatív kezeléssel egybekötve.

A szombathelyi 523. hadikórház közleménye. (Kórházparancsnok: vitéz Baráth László orvos-őrnagy.)

Lövedékek és fémszilánkok műtéti eltávolítása.

Írta: *Vízkelety Gyula dr.*, t. orvos-főhadnagy.

A hadisebészet különleges műtétei között külön helyet foglal el a lövedékek és fémszilánkok eltávolítása. Míg az előző világháborúban a sebesüléseket inkább gyalogsági lövedékek okozták, a most folyó háborúban jóval gyakoribbak a különféle robbanólövedékek, bombák, kézigránátok, aknák robbanása által okozott szilánksérülések. Utóbbiak számos, de legtöbbször apró szilánktól eredő sérüléseket okoznak, úgyhogy ilyen esetben a szilánk eltávolítása is csak akkor indokolt, amikor működési zavart, vagy fájdalmat okoz. A szembe, orrüregbe, gégebe jutott szilánkok a megfelelő szakorvoshoz kerülnek. Itt csak az általános sebészet körébe tartozó szilánkeltávolításokról szölok. Ezek közül is kiveszem a has üreges szerveit sértő, vagy súlyos vérzést okozó idegentesteket, amelyek haladékat nem tűrő műtétet követelnek és a sérülést okozó lövedék eltávolítása másodrangú jelentőségű, vagy az adott körülmények között nem is lehetséges, vagy nem kívánatos, mert legtöbbször azok helyét meghatározni nem áll módunkban. Ezek a műtétek nem is tartoznak a hadikórház anyagához, mert azokat már a tábori kórház, vagy eü. oszlop elvégezte.

A szilánkok megtalálásának és eltávolításának nehézségeit mutatja az a sokféle mód és segédeszköz is, amelyeket eltávolításukra ajánlanak. Ezek az eljárások azonban vagy nagyon bonyolultak, vagy költséges műszereket igényelnek, amelyek csak kivételesen állnak a hadisebészet orvosainak rendelkezésére.

A tűrászűrással röntgenernyő alatt való meg-

határozás vagy fájdalmas a sérültnek, vagy előzőleg érzésteleníteni kell a megfelelő területet. A beszúrás is csak olyan helyen lehetséges, ahol melléksérüléstől nem kell tartanunk.

86 lövedék- és fémszilánkeltávolításom kapcsán egyszerű és kis gyakorlattal könnyen elsajátítható módszer alakult ki, amelyet alább ismertetek.

Minden esetben végezzünk röntgenátvilágítást, mégha a bőrfelszín közelében érezzük is az idegentestre gyanus csomót. Szilánkot sohase keressünk a sérült bemondása, vagy az általa megjelölt fájdalom csomó tapintása alapján, mert az lehet csupán heg is. Az átvilágításon kívül pontosan mellső-hátsó és oldalirányú röntgenfelvételeken is rögzítsük a keresendő lövedéket, de ez annak eltávolításához korántsem elegendő.

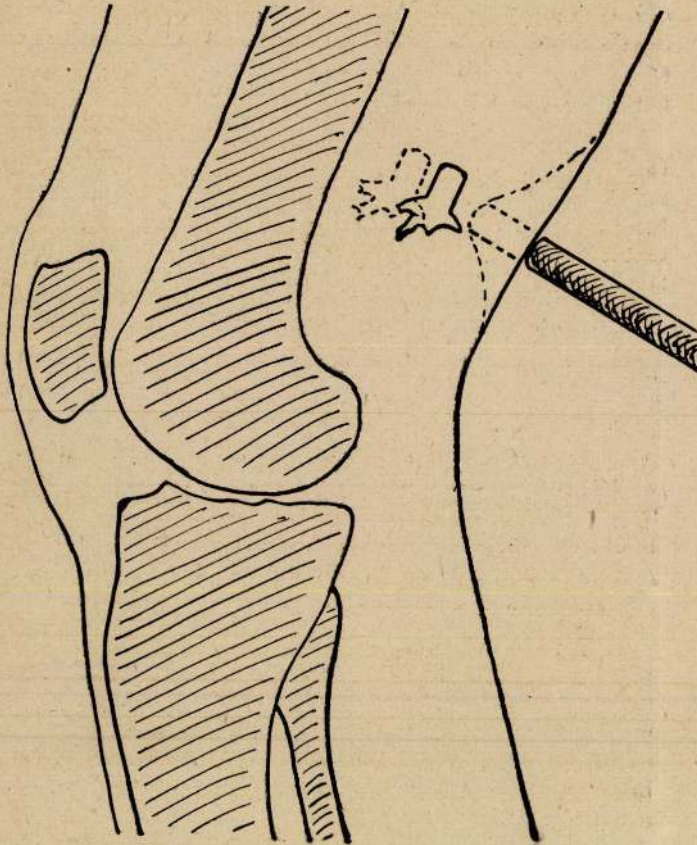
Az átvilágítás útján való helymeghatározást mindig a műtétet végrehajtani szándékozó orvos végezze. Nagyon ajánlatos az átvilágítást két alkalommal, a műtét előtti napok valamelyikén és a műtét napján eszközölni. Kivitele a következő.

Kellő alkalmazkodás után szűk fényrekeszszel (diaphragmával) pontosan mellső-hátsó irányban álló, vagy fekvő betegen megkeressük a kérdéses lövedéket. Szűk fényrekeszt azért használunk, mert tág fényrekesz mellett a másodlagos sugárzás oly nagy, hogy kicsiny szilánk képét elmossa és különösen csontok közelében, vagy vetületében figyelmünket el is kerülheti. Majd a megfelelő testrészt jobbra-balra forgatva, megkeressük azt a helyzetet, amelyben a szilánk oldalirányban a legközelebb esik a bőrfelszínhez. Ha a szilánk a lágyrészekben van, oldalról az ernyő mögött kb. tollszár vastagságú tompa fémipalcával a *bőrfelszínre merőlegesen* a szilánk irányában a lágyrészekre rányomunk, amíg a szilánk meg nem mozdul. Ahol a nyomogatásra a legnagyobb kitérést végzi, a bőrt gyér világítás mellett tintaceruzával (nem bőrírónnal) keresztalakban megjelöljük. Utána a kereszt közepére kicsiny fémjelet, pl. egyfilléres érmét ragasztunk és a sérültet ismét átvilágítjuk. Ha jelölésünk helyes volt, akkor a fémjel nemcsak egymagasságban van a szilánkkal, hanem azzal úgy mozog együtt, hogy ha a szilánkot a testrészt röntgensugár irányú átmérőjébe forgatjuk, akkor a szilánkot a fémjel elfedi. A nyomban megejtett ellenőrző átvilágításnál a lövedéknek, vagy szilánknak a fémipalcával a bőrön át történő legnagyobb mozgathatósága a fémjel eltávolítása után is pontosan a ceruzajelzés helyére esik. Ha pedig a sérültet forgatjuk, a szilánk az ellenőrző vizsgálatnál akkor kerül a legközelebb a bőrfelszínhez, amikor a fémjel a testrészt oldalsó domborulatának tetején van. Ilyenkor a lapos fémjel pontosan az élével fordul az ernyő felé, vonalas árnyékot ad, tehát jelölésünk helyes.

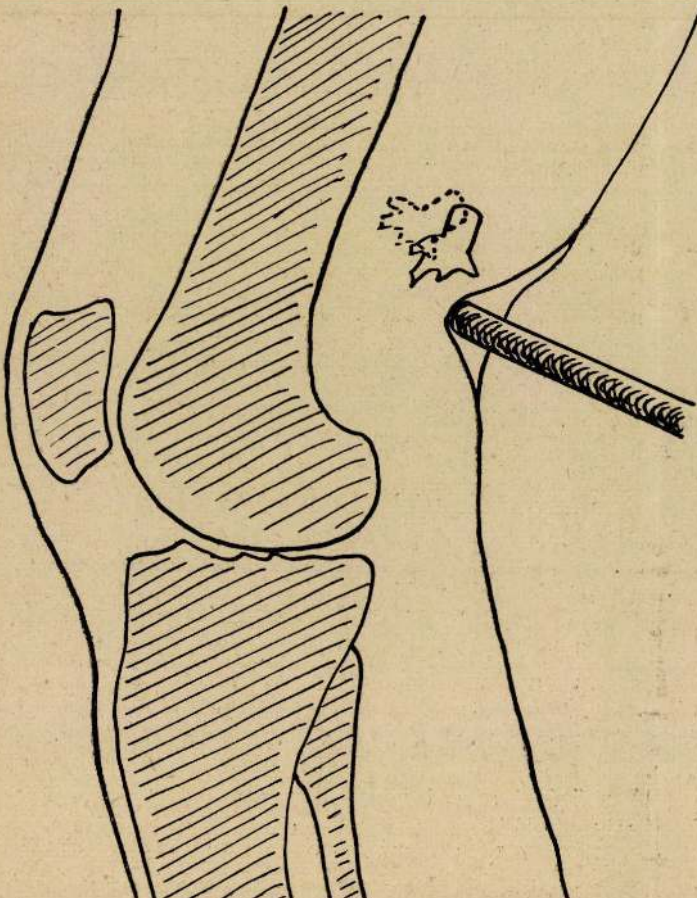
Ha a lövedék a fémipalcával történő nyomogatásra nem mozdul, mindig a csontozathoz rögzített, mégha közte és a csont között kis rés mutatkozik is. Soha nincs a lövedék ilyenkor a csonttól fél cm-nél távolabb. Ha pedig 180°-os forgatás közben a lövedék árnyéka mindig csontra vetül, akkor az a csontban van.

A műtétet altatásban, vagy helyi érzéstelenítésben végezhetjük. Ha azonban nagyon mélyen az izomzatban (pl. fartájékban) fekvő, vagy csontdudorok segítségével nem pontosan meghatározható szilánkkal állunk szemben, lehetőleg altatásban végezzük a műtétet, mert a befecskendezett érzéstelen-

nítószer a szöveteket felduzzasztja és a szilánkot hihetetlen mértékben félretolja. Ez is ok arra, hogy a röntgenátvilágítást és a jelölést maga a műtő végezze, esetleg ismételt is, hogy ne csak a rönt-



1. ábra: Helyes jelölési mód.



2. ábra. Helytelen jelölési mód.

genfelvétel és a bőrjelzés legyen segítségére, hanem lehetőleg elképzelhesse azt a bonctani viszonyt, izom-csoportot, vagy más lágyrészkepletet, amelyben a szilánkot keresnie kell és attól ne hagyja magát eltéríteni.

Műtét előtt a ceruzajelzést bőrkarcollással helyettesítjük, mert előbbi a bőr letisztításakor lemosódik. A műtétnél ezen a helyen a testfelszínre *merőlegesen* kell behatolni és ügyelni arra, hogy a kampózással az idegentestet helyéről el ne húzzuk. A bőr és a bőnye átmetszése után a lágyrészeket a hasadási irányban tompa eszközzel fokozatosan a kívánt mélységig szétválasztjuk, a kampókat eltávolítjuk és a bőrjelzés magasságában a sebbe tapintunk. Pontos meghatározás esetén borsónyi, sőt kisebb szilánkok is gyorsan megtalálhatók, bár ilyen kis szilánk a lágyrészek mélyén ritkán képezi műtéti javallat alapját.

Ha az idegentest hosszabb keresés után sem kerül elő, kénytelenek vagyunk műtét közben kétirányú röntgenfelvételt készíteni. Emiatt már eleve ajánlatos a műtétet a röntgensugarak számára átjárható asztalon végezni. A nálunk használatos egyszerű asztal harántdeszkái a megfelelő szakaszon ki is emelhetők. Felvétel készítése esetén tájékozódásul a seb mélyébe két rövid, 3–4 cm hosszú injectiós tűt szúrunk egymást keresztező síkokban, hogy ezekhez viszonyíthassuk az eltávolítandó idegentestet. A lemeztárazakon ne feledjük az oldal és a feji-farki megjelöléseket felerősíteni, hacsak a tűk helyett más alakú fémjellel, vagy a csontárnyékok segítségével nem tájékozódunk a felvétel állásáról. *Amíg a felvétel előhívása meg nem történt, ne nyúljunk a műtéti területhez*, mert a jelzések elmozdulhatnak. A felvétel megtekintésekor láthatjuk, hogy néha milyen közel jártunk a keresett fémszilánkhhoz, vagy lövedékhez.

Kereshetjük a fémszilánkot besötétítés mellett átvilágítással a műtét közben is. Ez azonban a hordozható készülékek kis teljesítménye és a sötétség miatt nagyon körülményes és veszélyezteti a műtéti csiramentességet. Ezért nem alkalmas a kryptoscop sem. Itt ugyanis főként olyan lövedékek eltávolításáról van szó, amelyek lobmentes környezetben eltolódtak. A sipolyokat fenntartó szilánkok eltávolítása különösebb nehézséget nem okoz, mert a sipolyba vezetett kutasz rendszerint rávezet bennünket a lövedékre. Ilyenkor is szükséges ugyan az előzetes röntgenátvilágítás, mert előfordul, hogy a sipolyjárat a nyílástól messzire vezet esetleg a testrész túlsó oldalára, ahol 1–2 cm mélységben a lövedék könnyen elérhető. Ilyenkor a bevezetett irányítóeszközt tapintsuk meg, vagy emelő mozgását figyelve hatolunk be.

Az utókezelés az általános sebészeti irányelvek szerint történjék azzal a különbséggel, hogy inkább többször szádoljunk, mint azt más műtétnél tennénk. Hónapokig lobmentes környezetben nyugvó szilánk eltávolítása után is gyakran előfordul gennyedés. Ezért legalább 1–2 napra tegyünk az eltávolított szilánk helyére szádoló gumicsövet. A sebgyógyulás így is csak pár nappal tart tovább, mintha szádolás nélkül zárjuk a sebet.

Rövid leírásom célja a lövedékek és fémszilánkok eltávolításának megkönnyítése, ha legalább röntgenkészülék áll rendelkezésünkre. Nagyon fontos azonban, hogy a fentebb ajánlott helymeghatározás türelemmel és pontosan történjék.

A pécsi belklinika közleménye. (Igazgató: Ángyán János ny. r. tanár.)

Hypoproteinaemia és paraproteinaemia.

Írta: Bálint Péter dr. egyet. tanársegéd.

A normalis emberi savó, ill. plasma fehérjetartalma 6–8%. 5% alatt hypoproteinaemiáról beszélünk. Paraproteinaemiának azt az állapotot nevezzük, melyben a serumfehérje a rendestől physikai vagy chemiai tekintetben eltér. A paraproteinaemia fogalmát *Apitz* eredetileg hyperproteinaemiás fehérje-anyagszervezavarra alkalmazta, melyet myelomás betegekben észlelt. Az *Apitz*-féle paraproteinek főképvisezője a *Bence—Jones*-fehérje, melynek legismertebb tulajdonsága, hogy oldata 60°-on megáll, de a forrás hőmérsékletén a fehérje ismét feloldódik.

Az utóbbi évek folyamán kb. 150 emberi savót és plasmát dolgoztunk fel, melyekben az összes fehérje és az egyes fractiók meghatározásán kívül sor került az egyes fehérjeféleségek vizsgálatára. Ennek során vizsgáltuk a tyrosin-, tryptophan-, cystin-, arginin- és histidintartalmat, részben saját módosítású mikromódszerekkel. A vizsgálatok egyik célja annak eldöntése volt, hogy az egyes fehérjeféleségeknek állandó és jellemző-e az aminosavösszetételük. Az eredmény szerint a fibrinogen, globulin és albumin összetételében nagy mértékben állandó és az aminosavmeghatározás alapján minden esetben eldönthető, hogy melyik fehérjeféleségről van szó.

Vizsgálataink másik célja annak eldöntése volt, hogy vannak-e pathologiás fehérjék, melyeknek aminosavösszetétele atypikus. Az irodalom csak két észlelésről számol be. *Alving* és *Mirsky* szerint nephrosisban a serumalbumin cystintartalma csökkent. *Lang* a *Bence—Jones*-fehérje, valamint a myelomások serumfehérjeinek összetételével foglalkozott.

I. Táblázat.

	Összfehérje %	a/g	Albumin II.				
			Tyrosin %	Tryptophan %	Cystin %	Arginin %	Histidin %
Lázatan esetek átlaga ..	—	—	4.45	0.49	5.03	3.16	3.32
Lázás esetek átlaga	—	—	4.50	0.46	5.00	3.45	3.35
Septikus esetek átlaga	—	—	4.67	0.55	3.48	3.16	3.41
J. L. Veseamyloid	4.01	1.01	—	—	2.18	—	—
S. G. Hypoproteinaemia, perniciosaszerű anaemiával							
XII. 7.	4.40	0.34	4.35	0.50	3.82	3.26	3.76
XII. 14.	4.40	0.42	4.65	0.45	2.87	3.02	2.80
I. 17.	4.10	0.53	4.63	0.71	4.65	3.67	3.49
II. 7.	3.92	0.80	—	—	5.11	—	—
III. 5.	4.99	0.76	4.45	0.53	4.94	3.15	3.55

II. Táblázat.

	Összfehérje %	a/g	Fibrinogen %	Globulin				Albumin			
				Globulin %	Tyrosin %	Tryptophan %	Cystin %	Albumin %	Tyrosin %	Tryptophan %	Cystin %
Felvételkor (VIII. 14.).....	2.66	0.63	0.18	1.63	6.10	1.84	2.13	1.03	7.77	1.67	—
(IX. 10.).....	5.25	0.83	—	2.87	6.47	2.57	2.13	2.38	5.19	1.13	3.56
(IX. 25.).....	4.54	0.75	0.14	—	—	—	—	—	—	—	—
Elbocsátáskor (X. 11.).....	4.24	0.83	0.12	—	—	—	—	—	—	—	—
Összes vizsgált esetek középértéke					6.22	2.00	2.48		4.84	0.72	4.99

Anyagunkban normalis esetek mellett idült betegségek (máj-, vese-, anyagcserebetegségek, különféle anaemiák), heveny, lázas, fertőzőbetegségek (pneumonia, typhus malária, sepsis) és hypoproteinaemiával járó betegségek (nephrosis, súlyos perniciososa, ismeretlen eredetű vizenyő) szerepelnek. Az összes vizsgált esetek alapján számított középértékek (az ú. n. középső hibával) az Orvosi Hetilapban (1943) megtalálhatók.

Az aminosavösszetétel a különböző betegségekben nem jellemző. Csakis az albumin cystintartalma ingadozik értékelhetően. Amint az 1. táblázatban látható, septikus esetekben az albumin cystintartalma általában kisebb. Ugyancsak kevesebb az albumin-cystin egyetlen veseamyloid esetünkben, valamint az S. G.-jelzésű esetben, melyben kiterjedt vizenyőt, súlyos makrocytás anaemiát és igen kifejezett hypoproteinaemiát találtunk. Az anaemia májkivonatra eleinte nem javult, reticulocyta-krisis nem támadt, később vegyes, vitaminos táplálékra, perheparra és B₁₂-vitamin alkalmazására lassan javult, a hypoproteinaemia azonban nem változott. A kezdeti lázas állapot ultraseptyl adagolása közben lezajlott. Feltűnő, hogy a változatlan hypoproteinaemia ellenére a klinikai kép javulásával párhuzamosan a cystintartalom rendessé vált.

Az esetek száma és a significans különbség nem elég nagy messzemenő következtetésekre, annyi azonban bizonyosnak látszik, hogy az albumin cystin-tartalmának csökkenése mindig súlyos septikus állapot, ill. nephrotikus elváltozás kísérője, bár súlyos sepsisben is egészen szabályos lehet az albumin cystintartalma.

Míg ezekben az esetekben csak az albumin cystintartalma különbözött többé-kevésbé a rendestől, egy esetben a rendestől teljesen eltérő, a paraproteinaemia fogalmát kimerítő fehérjeösszetételt észleltünk. Ugyanebben az esetben volt a hypoproteinaemia a legkifejezettebb (2.66%).

Esetünk kórtörténete röviden a következő: 55 éves napszámos. Néhány hete egész alsó testfelén nagyfokú vizenyő támadt. A belső szervekben kórosat nem találtunk. Vérték: 3,040,000 vvt. 60% Hgb. Vizelet, vérállandók (RN, Cl', cukorgörbe, K', Na', PO₄'') Wa. r. negatív, serumcalcium 8.5 mg%, (Plasmafehérjeértékeket és albumin-globulin-hányadost lásd 2. táblázat.) Szigorú ágynyugalom, valamint fehérjés és vitaminos étrend, mérsékelt folyadék- és sófelvétel mellett a vizenyő hamarosan apadt és a serumfehérjetartalom a rendes alsó határára emelkedett. Három ízben észleltünk 1–2 napig tartó lázkiugrást (39.5°-ig), egyébként a beteg végig láztalan, teljesen panaszmentes.

Miután a láznak más okát nem találtuk, hat szuvas, részben granulomás fogát eltávolítottuk. Az extractio után a beteg láztalan. Két hónap alatt a vízenyő teljesen eltűnik és a beteget saját kívánságára hazabocsátottuk. Utóvizsgálatra nem jelentkezett és hat hónappal később otthonában meghalt. Hangsúlyoznunk kell, hogy a klinikai kép javulása ellenére mindvégig hypoproteinaemiás maradt.

Az eset érdekessége nemcsak a csekély fehérjetartalomban, hanem elsősorban az albumin teljesen atypikus összetételében rejlik. Az albumin tyrosin- és tryptophantartalma összes többi esetünkben kisebb, mint a globuliné. Fenti esetünkben pedig az albumin tyrosintartalma jóval nagyobb, mint a globuliné, tryptophantartalma pedig a hibahatáron belül egyezik a globulin tryptophantartalmával. A második vizsgálatkor az albumin összetétele rendes, csak cystintartalma valamivel kisebb. (2. táblázat.)

A felvétellkor észlelhető 2.66%-os fehérjetartalom az egész irodalomban ritka csekély érték. *Linder*, *Lundgard* és *van Slyke* leírják ugyan nephrosiban 1.6%-os, *Landes* súlyos fehérjehiánybetegségben 1.7%-os fehérjetartalmat, de az ú. n. kriptogenetikus hypoproteinaemiában ilyen csekély érték még nem került közlésre.

Vizsgálataink a hypoproteinaemiának okát kimutatni nem tudták. *Oettel* szerint hypoproteinaemia a következő módon keletkezhet: 1. Inanitio. 2. Nagy fehérjevesztés. 3. Plasmafehérjeképzés zavar folytán. Az első két lehetőség kizárható, a beteg rendszeren táplálkozott és a fokozott fehérje- és vitaminbevitel sem tudta a fehérjetartalmat tetemesen növelni. Nagy fehérjevesztés (albuminuria, profus hasmenések) nem érte.

A plasmafehérjeképzés zavara annál inkább feltehető, mert minőlegesen eltérő fehérje is kimutatható volt. *Lang* szerint a *Bence-Jones* fehérjét nagy tyrosin- és tryptophantartalom mellett csekély cystintartalom jellemzi. *Lang* myelomás betegek összes serumfehérjefrakcióiban az átlagosnál nagyobb tyrosin- és tryptophantartalmat és kisebb cystintartalmat talált. *Lang* és saját vizsgálataink a különböző módszerek miatt csak fenntartással hasonlíthatók össze, mindazonáltal hangsúlyozzuk, hogy fenti esetünkben egy ugyancsak nagy tyrosin- és tryptophantartalmú, a *Bence-Jones* fehérjével biztosan nem azonos pathológiás fehérjét találtunk. A *Lang*-féle észlelettel egybevetve ez amellel látszik szólni, hogy a szervezet pathológiás körülmények között hajlamos tyrosinban és tryptophanban gazdagabb, cystinben szegényebb fehérje képzésére.

E paraproteinaemiával járó fehérjeanyagcsere-zavar okát nem tudjuk. *Aschoff* szerint a fehérjefrakciók megváltozása általános infektiósus-toxikus ártalmon alapszik és esetünk tisztázatlan lázkiugrásai hihetővé teszik az infektiósus eredet gondolatát. Az albumin-globulinhányados nagyfokú süllyedése arra a gondolatra vezethetne, hogy esetünk albuminuria nélküli nephrosishoz fogható fel, tekintve, hogy sok szerző (*Munk*, *Noggerath*, *Oettel*) szerint a nephrosis lényege a vérfehérjeképzés elsőleges zavara és szerintük a vizelet-elváltozás másodlagos.

Összefoglalás: Sepsisben és nephrosishoz az albumin cystintartalma az átlagosnál gyakran kisebb. 150 eset közül csak egyben volt a serumalbumin a normálistól teljesen eltérő.

M. Kir. 125. honvéd táborig kórház sebészeti osztályának közleménye. (Parancsnok: Komjáthy Zoltán o. szds.)

Aknaszilánk okozta rekeszsérv kizáródása.

Irta: Nagy Zoltán dr. o. zls. és
Kelemen László dr. o. zls.

1912 október 3-án kórházunkban felvételre jelentkezett Z. I. P. 24 é. földműves. Két nap óta erős hányingere van, de hányini nem tud, szék és szél azóta nem távozik.

Kérdéseinkre előadja, hogy egy évvel ezelőtt aknaszilánktól sérült meg bal mellkasfelén, hátul. A szerinte igen nagy szilánkot nem távolították el idejében s így a harmadik héten magas láza kezdődött. Ekkor a vese magasságában bal oldalon bemetszést végeztek. Sok gennyel a kb. 5 pengőnyi szilánk is kiürült. Kb. félévig mind a felső, mellkasi, mind az alsó vesetáji sebe gennyedzett.

Pár hónapja főképpen étkezés után a bal mellkasfelében különös korgó hangot hall. A korgást erős szív táji nyomásérzés kíséri. Legjobban úgy észlelte, hogy térd-könyök helyzetben a bal könyökre jobban ráereszkedett. Légzése időnként nehéz és könnyen fárad. Két napja erős hányingere van, de hányini nem tud, széklete nincs, szelek nem távoznak, erősen puffadtnak érzi magát. Szív táji nyomása erősödött. A korgást is többször és hosszabbban hallotta.

Jelen állapot: Érlökés 80, hőmérséklet 37.3°. A bal mellkasfél légzésben visszamarad. A bal hátsó hónaljvonalban, a IX.—X. borda magasságában gyermektenyérnyi csillagalakú heg. A mellkasfél ezen a területen benyomható; kiderül, hogy a IX.—X. borda itt darabosan törött, a törvégeket kötőszövet rögzíti, a törvégek felett a bőr nem mozdítható el. A jobb mellkas felett éles kopogtatási hang. A szív kissé jobbra helyezett, a cardio-hepatikus szög tompa. A szívtompulat eredeti helyén nem lelhető fel. A kopogtatási hang itt dobos. Ugyanígy a bal tüdőmezők felett erősen megnyúlt, mély dobos a kopogtatási hang. Hátul a bal rekesz felett a VIII. borda lefutásának megfelelően rövidült, tompa, és térd-könyök helyzetben a tompulat magasabbra és a hónalj felé helyezkedik el. A bal rekesz mozgását megfigyelni nem tudjuk.

Hallgatáskor a szívhangok közepesen ékeltek. Szívesücslökés a VI. bordaközben a medio-clavicularis vonaltól két harántujjjal befelé van. Jobb tüdő felett érdes, sejtes a légzés. Bal tüdő felett sejtes légzés csak a mellesont bal oldalán fent és hátul a IV. gerincesigolya magasságában hallható. A mellkas többi része felett időnként és helyenként sajátos korgó hang hallható.

A has, főként a köldök alatt, mérsékelten puffadt. Tapintásra semmi kóros, máj, lép nem tapintható. A májtompulat normális. Lép helyzete nem határozható meg, illetve nem különíthető el a környező terület rövidült kopogtatási hangjától. A vese magasságában közvetlenül a bal XII. borda alatt, a gerincoszloptól harántujjnyira, a bőrt alapjához puha hegyszövet rögzíti 5 pengőnyi területen. Az említett helyen mélyen betapintva, két ujjunkkal izomhiányon keresztül a mélybe jutunk. Itt hallgatózva, magas, korgó hangokat hallhatunk.

A végbél és Douglas tapintása kóros eltérést nem mutat. Gyomorsó körülbelül 42 cm-re vezethető le és rajta gyomortartalom nem ürül. Magas beöntés eredménytelen.

Röntgen-vizsgálatot nem állván módunkban végezni, az elvégzett vizsgálatok alapján az alábbi következtetéseket vontuk le. Az egy év előtti szilánksérülés alkalmával a tekintélyes nagyságú repesz miután a IX—X. bordát szilánkosan törte, mellhártyasérülést és légmelllet okozott s a bal vese felső polusa felé tartva a rekeszt átszakította. A szilánkot nem távolították el idejében, ez vesetáji gennyedést okozott. Ezt feltárták és a szilánkot eltávolították. A hosszabb ideig fennálló légmell miatt a tüdő összezsugorodott és helyét a rekeszhiányon előesett üreges hasi szervek foglalták el. A hasprés, valamint a mellüreg szívó hatása a rekeszen nagyobb elégtelenséget okozott és így valamelyik üreges hasi szerv — jelen esetben a gyomor — magasan a rekesz fölé került. A két nap óta fennálló kizáródásos tünetek a magasra felhúzódtott gyomor homokóraszerű leszorítása, illetve megcsavarodása következtében jöhettek létre.

Műtét: Dithescop fortéból 1 cm³-t bőr alá adunk. majd helyi érzéstelenítésben hatolunk be felső közepe hasmetszéssel. Kitérünk, hogy a gyomor és a harántvastagbél a hasban nem található. A baloldalon a rekeszszárak helyén és fölött tenyérnyi izomhiány van, amely 15×10 cm nagyságú, nagyobb átmérőjével nyílirányba néz, melyen át az egész gyomor, a harántvastagbél kétharmada és az éhbél körülbelül 2 m hosszúságban a mellüregbe jutottak. A lép szintén nem található a hasüregben és a rekeszhiány külső-, hátsó széle mentén fekszik. A harántvastagbél lehozása nem sikerül. Az emberfejnyire kitágult, folyadékkal körülbelül félig telt gyomor mögött a vékonybél a sérvkapu szétfeszítése után könnyen és teljes egészében lehozzuk. A most már tágabb sérvkapun át sikerül a gyomrot is jó darabon a hasüregbe hozni. A mellüregbe tapintva kiderül, hogy a harántvastagbél és a cseplesz lapszerint a törött IX—X. bordára nőtt, olyan nagy területen, hogy leválasztása a lenövések kiterjedése és rossz látási viszonyok miatt nem végezhető el. Tovább tapintva a mellüregben kiderül, hogy a tüdő a hilus környékére zsugorodva légzéskor semmit sem tágul, a gyomor nagy görbületének legmagasabb pontja kevéssel fekszik a kulescsont alatt és hogy a rekeszhiány belső széle mentén a szívburok letapadt.

A hasüreget rétegesen, elsődlegesen zárjuk, majd a műtétet aether altatásban folytatva a törött IX—X. bordát 10 cm-es területen eszokolva behatolunk a mellüregbe. Most már a harántvastagbelet is sikerül leválasztani. A hasi szerveket visszahelyezzük a hasüregbe és a rekeszhiány elülső részét néhány öltéssel beszűkítjük. A hátsó hiány pótlására izomzat nem állván rendelkezésre, a már említett bordák eszokolását hátrább folytatva a széles hátizmot kikészítjük és befordítjuk. Külső szélét a rekeszhiány külső szélével összeöltve szűkítjük a nyílást. A belső szél a pericardium közelsége miatt nem bizonyult varrhatónak és így körülbelül 7 cm-nyi vonalas rés elzárása volt még hátra. Erre a célra igen alkalmasnak bizonyult a zsugorodott alsó tüdőlebeny lehozása, amelyet a nyílásba tamponszerűen bevarrtunk.

A hasi szerveket most már jól visszatartó rekesz fölé vékony draint helyezve, a mellüregét rétegesen zárjuk.

A beteg első 48 órában subfebrilis, közérzete jó, általános állapota is kielégítő. Has mérsékelten puffadt, nem fájdalmas. Műteti sebzések reactionmentesek, a drainsövön sok véres-savós váladék ürül.

3-ik napon beöntésre kevés széklet, szelek távoznak. Továbbra is subfebrilis, érlökése percnként 110.

5-ik napon (X. 8) reggel hirtelen görcsös fájdalmakról panaszkodik. A görcsök később a nap folyamán többször ismétlődnek. Ezen a napon széklet és szelek nem távoznak.

6-ik napon általános állapota gyorsan romlani kezd. Érlökése 140, légzése felületes és gyors, széklete és szelek beöntésre sem távoznak. Hypertoniás konyhasós beöntésre és glanduitrinre szelek és kevés széklet távoznak, de a görcsök igen erősekké válnak. Először a műteti terület környékén fellépő szövődményre és ezzel kapcsolatban mechanikus bélelzáródásra gondolunk. A görcsök ilyen erős volta és a kis adagban adott glanduitrin kifejezett rossz hatása miatt görcsös bélelzáródást tételezünk fel és nagy adagban papaverint adunk. Naponta 3×12 cg beadása mellett sem változik a klinikai kép és az általános állapot is gyors ütemben romlik. Műtetre készítjük elő.

X. 10-én II. műtét: Helyi érzéstelenítésben hatolunk be az elsődlegesen gyógyuló seb szétválasztásával. Kitérünk, hogy a rekeszlezáró-varrat jól tart, a hasi üreges szervek helyükön vannak. A vékonybélkacsok puffadtak. A coecumba körülbelül 50 cm hosszú vékonybélkacs türemkedik be. Sikerül a viznyős bélkacsot kiemelni, majd néhány öltéssel a fodrát rögzíteni. A Bauhin-billentyűt szűkítjük. A hasüreget elsődlegesen zárjuk.

Műtét után a beteg megkönnyebbül. 24 óra múlva az előzőkhöz hasonló erős görcsei kezdődnek. Most azonnal nagy adag papaverint fecskendezünk be, de eredménytelenül. Újabb 12 óra múlva a beteg stercoraemiás szívgyengeségben meghal.

A boncolásnál kitérünk, hogy a rekeszvarrat — alulról és felülről is ellenőrizve — jól tart és rajta újabb rés nem keletkezett. A coecumba újabb bélkacs nem türemkedett be. A sigma-rectum határán ujynyi vastag görcsös gyűrű, mely a bél ürterét teljesen elzárta.

Összefoglalás: Harctéri szilánksérülés a b. o.-i IX—X. bordatörésén és légmellen kívül nagy rekeszizomszakadást okozott. A hosszú ideig fennálló légmell miatt összezsugorodott tüdő helyét a rekeszhiányon átjutott üreges hasi szervek foglalták el. A 48 órája fennálló sérvkizáródás műteti megoldása kapcsán a technikai problémák sora vetődött fel. A bélmozgások megindulása után gyógyszeresen nem befolyásolható görcsök közben a vékonybél 50 cm-ének a coecumba türemkedése okoz bélelzáródást. A reoperatio alkalmával a rekeszvarratot jól zárónak találtuk. A reoperatio után 24 órával ugyanolyan tünetek kíséretében fellépő újabb bélelzáródás kapcsán a beteg stercoraemiás szívgyengeségben halt meg.

A boncoláskor ujynyi, a sigma ürterét teljesen lezáró görcsös gyűrűt találtunk, a rekeszvarrat felülről ellenőrizve is jól zárónak bizonyult. Feltűnő, hogy a nagy hasüri beavatkozásokhoz képest túlgyorsan meginduló bélmozgások görcsösekké váltak és gyógyszeresen nem befolyásolható bélelzáródást okoztak kétízben is. A görcsök kiváltó oka valószínűleg a hasüri nyomás gyors megváltozása lehetett.

Laxoptin

Ideális, enyhe hatású hashajtó. Éveken át jó eredménnyel szedhető

Laxoptin propagandával nem vezetjük a közönséget öngyógyításra

„NAGY KRISTÓF” gyógyszer-tár, IV., Váci-utca 1

STRYCHNOPHOSPHARSEN,

AZ IDEGCASUSOK
ROBORANSA

„CERTA” GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R.T. BUDAPEST

IRODALMI SZEMLE

SEBÉSZET.

Rovatvezető: Benes Lajos és Rhorer László.

A tüdőrák műtéti megoldása. E. K. Frey. (Deutsch. Zeitsch. f. Chir. 257. 9—12.) Miután különösen bronchyektásiáknál az egész tüdőlebeny kiirtásai nagyon jó eredményeket adtak, megkísérelte a tüdő rosszindulatú daganatainak műtéti megoldását, eddig sajnos nagyon késői stádiumban. Egy tüdősarcomás betegét jól sikerült műtét után, metasztasisai miatt vesztette el. Részletesen közli egyik rákos betegének kórlefolyását, akinek a teljes bal tüdőfelét kiirtotta. Bár a beteg itt is csak a legvégső stádiumban, therapiás rög. besugárzások után került műtetre, mégis a műtétet nagyon jól bírta és a műtét előtti cyanosisa, keringési elégtelensége megszűnt. A korai műtétek teljes sikerét nagyon valószínűnek látja, idejekorán felismert esetekben. (B. 36.)
Vitéz László Dezső dr.

Teljes vastagbél eltávolítás. Hirschprung-féle megbetegedés esetén. Prof. dr. H. Junghans. (Deutsch. Zeitsch. f. Chir. 257. 9—12.) Részletesen ismerteti egy 23 éves nőbetegének kórtörténetét és ezen eset kapcsán a Hirschprung-féle megbetegedés műtéti megoldásait. Az ideális, de ritkán keresztülvihető, az együlésben végzett teljes vastagbél-kiirtás és ileum-rectum összeköttetés készítése. Megnyugtató jó eredményt ad az általa is végzett háromszakaszos műtét. Első szakaszban a vastagbél megszakitását és az ileocecostomiát végzi el. Második szakaszban a jobb colon-felet távolítja el és a harmadik műtéttel eltávolítja a bal vastagbélfelet, fejezi be a végleges megoldást. A sympathectomiával együtt végzett vastagbél-resectiókat csak egyes, jól kiválasztott esetekben tartja célravezetőknek. (B. 37.)
Vitéz László Dezső dr.

A csontvelő plasmasejtes reactiója, a plasmocytas myeloma és a solitár plasmocytoma. W. Brunner. (Deutsch. Zeitsch. f. Chir. 257. 9—12.) Különböző fertőzésekben, mérgezésekben és anaphylaxiás-allergiás bántalmakban a fehérvérsejt-képző rendszer reactiójához hasonlóan, de attól teljesen függetlenül a csontvelő plasmás reticulum sejtjei is burjánzásnak indulhatnak. Ennek következtében a kóros serumfehérjék durva dispersitását csoportja jelenik meg a vérben. (Paraproteinaemia.) A plasmocyták daganatszerű burjánzása körülírt plasmocytomák, vagy plasmasejtes myelomák képzésében nyilvánul meg. A valódi plasmocytomák medulláris és extramedulláris alakja különböztethető meg, az utóbbi nyirokszövetből indul ki. Paraproteinaemia csak a medulláris formában található. A medulláris plasmocytoma lehet rosszindulatú, infiltráló, áttétet képző, vagy lassan növő, jóindulatú. Utóbbi daganat is kiújul többszörös eltávolítás ellenére. Három operált esetét ismerteti, melyek e ritka daganatfajtába sorolhatók. (B. 34.)
ifj. Bakay Lajos dr.

GYERMEKGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Kerpel-Fronius Ödön.

A poliomyelitis therapiájáról. Nasso. (Polielin. infantile. 1943.) A poliomyelitis therapiás szereit eddig nem adtak kielégítő eredményt. A bennült vétagagok korai mozgatasának jelentős prophylaktikus hatása van. (K. 37.)

Romhányi József dr.

Hypoproteinaemia ekzémás csecsemőkben. Johansen. (Zschr. f. Kh. 63. 3. 341.) A vér összfehérjeteralma ekzémás csecsemőknel alacsonyabb. A hypoproteinaemia mindaddig fennáll, míg a bőrön a gyulladásos jelenségek tartanak. Ami a fehérjefraetiót illeti, a globulintartalom csökken erősen, az albumintartalom alig változik. A vér víztartalma kissé emelkedett. Leukocytosis és eosinophilia észlelhető. Dermatitis seborrhoidesnél ugyanez a helyzet. Ekzémás csecsemők gyakori hirtelen halálát az allergiás alapon fellépő capillartoxicosis folytán beálló vérbesűrűsödéssel magyarázzák. A hypoproteinaemia oka is az, hogy a vérpályából sok plasma távozik. A hypoproteinaemia okaként így nem kell fehérjeanyagcsere zavart felvennünk, amire amúgy sincsen semmi bizonyíték. Mind-ezek szerint tehát az ekzema kapcsán fellépő hypoproteinaemia nem specifikus tünet, hanem a bőrgyulladás következménye. (K. 31.)

Sass-Kortsák Endre.

A vörösvérsejtek érésének humoralis szabályozása korai gyermekkorban. Jacobsen és Plum. (Kl. Wo. 1943. 31—31.) Az embryonális erythropoesis idején a vörösvérsejtek fejlődése lassúbb, mint a felnőtt szervezetben a reticulocyták érését a plasma és néhány szervben jelenlevő, de még ismeretlen anyagok szabályozzák. Fiatal állatok plasmájában a szabályozó anyagok szaporodott mennyiségben vannak jelen, de a reticulocyták reactiós képessége még csökkent. Ennek a következménye, hogy fiatal állatokban a reticulocyták fejlődése lassúbb. (K. 36.)

Romhányi József dr.

Eredmények immuntransfúsióval a csecsemőpyoderma kezelésében. Mar yn és Tonk. (Arch. f. Kh. 129. 3.) A csecsemők pyodermiájánál szokásos therapiás eljárások áttekintése után ismertetik eljárásukat, melynek lényege, hogy a pyodermiás bőrelváltozásokról történt leoltással nyert tenyészetekből vaccinát készítettek s ezzel a vértadót (rendszerint az anyát) növekvő dosisokban oltották (10—20 oltás). Az így immunizált spender vért transfundálták, összesen, mint egy a csecsemő testsúlyának egytized részét elérő mennyiségben. A leírt 7 gyógyult eset mellett (két esetben sulfonamid készítmények is alkalmazásba kerültek) a spender-serum agglutinációs titerének emelkedése theoretikusan is alátámasztja az eljárás helyességét. (K. 38.)

Gedeon Klára dr.

Phlogisan
ung.

GYULLADÁST SZÜNTETŐ MÉLYHATÁSÚ
ANTIPHLOGISZTIKUM

Gyártja és
forgalmazza **Diachemia**

STRAUB SÁNDOR GYÓGYSZERVEGYÉ-
SZETI ÉS VEGETÉSZETI LABORATORIUM
BUDAPEST, TERÉZ-KÖRÜT 27.

125 gr ára P. 3.70

Lényeges olcsóbbodás a himhormon therápiájánál

**Prostata hypertrophiánál,
potenciazavaroknál,
neurasténiás zavaroknál,
női emlői-fájdalmaknál,
pruritus vulvaenál**



Amertan

per injectionem

4 ampulla à 5 mg Pengő **9.50** + —.34 (P 11.25 helyett)
4 ampulla à 10 mg Pengő **12.75** + —.45 (P 15.— helyett)
5 ampulla à 25 mg Pengő **25.50** + —.85 (P 30.— helyett)



Amertan-Oil

bedörzsölésre

10 gr.-ot tartalmazó üveg (— 50 mg testosteronpropionat)
Pengő **12.—** + —.43 (P 15.— helyett)

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

Magyarországon forgalomba hozza: **Walter & Dummel, Budapest. V., Mérleg-utca 10.**

Dr. Deér Endre serobakteriologiai laboratoriuma
BUDAPEST, IX., RÁDAY-UTCA 18. TELEFON 186-006

Scarlatin **Védőoltóanyagok** sec.
Dr. Deér

Typhus H
Typhus O
Paratyphus A és B
Typhus exanth.
Bang

Diagnosticumok sec.
Dr. Deér

Sanguityp **Vércsoportthatározó**

Lábadozóknak
Kimerülteknek **NERVITONICUM** Dr. Deér
ROBORANS
TONICUM



HISTACON

rheumatisus tántalmak percutan és elektroforetikus kezeléséhez

Tartalmaz: Histamindisalicilat-ot és ACONIT-DISPERT-et elektromos áramot vezető kenőcsalapanyagban. A ke-
nőcs Aconitin-tartalma nemcsak gyors fájdalomcsillapító,
hanem potenciálító! Ezért hatása mélyreható és előidé-
zett vérbősége és melegérzete órákig tartó!

INDIKATIÓK:

Myalgia, Neuralgia, Izomrheuma, sekundär chronikus
subacut ízületi gyulladás, Infektarthritís.
Sportsérüléseknél massage - kezeléshez.

Csomagolás: Tubus 10 g tartalommal (cca 25 kezeléshez)



KALI-CHEMIE A. G. BERLIN

Magyarországi képviselő: Wack Keresztély Budapest IX/8.

UROLOGIA

Rovatvezető: Molnár Jenő.

Idegentést az ureterben. Fricke. (Königsberg). (Zeitschrift f. Urol. 1943, 4. fzt.) 55 éves férfi 1 hetes bal vesetáji fájdalommal jelentkezik osztályán. Az urológiai vizsgálat 12 cm-nyi magasságban teljes baloldali ureterelzáródást mutat. Arnyékot nem adó zárókö kórismével kerül műtetre. Feltárva a kérdéses helyet, feltűnik, hogy a hashártya e helyen erősen lenőtt, rajta és az ureteren gombostűfejnyi defektus, a kettő között kis tályogüreg. Az ureter túlsó falánál újabb tályogüreg, melyben egy 5 cm hosszú, 1 mm vastag merev képlet — *halszálka* — helyezkedik el, melynek egyik vége még az ureterben van. Utóbbi körül az ureter nyálkahártyája annyira beszűrődött, hogy annak ürterét teljesen elzárja — tehát a zárókö kórisméje téves. A beteg 8 nappal felvétele előtt halszálkát nyelt, mely átfúrta az ureterre ráfekvő és ott lenőtt belet, hashártyát, sőt már áthaladt nagy részben az ureteren is. (M. 4.) R. Molnár Jenő dr.

A cystometria gyakorlati értéke transurethrális prostataresectio esetén. Poulsen Olof (Kopenhága). (Zeitschrift f. Urol. 1943, 4 fzt.) A prostataresectio után is fennálló residuális vizelet oka részben a műtét elégtelenségében, részben a detrusorizomzat gyengeségében — esetleg mindkettőben keresendő. Az ok tisztázására szerző a cystometriát tartja alkalmasnak. A prostatások egy részénél a hólyagműködés állandó jellegűt mutat; ezeknél a »hólyagürtartalom« értéke inkább a normalis alatt, a »vizelési nyomás« a normalis felett van. Ilyen esetekben a detrusor működését kompenzálnak mondjuk — más szerzők a »hypertoniás hólyag« megjelölést használják. Lényegesen kisebb azon prostatások száma, akiknél a hólyagműködés ingadozó, azaz dekompenzált, pl. 1000 cm³-es »hólyagürtartalom« vagy 5–10 mm/Hg-os »vizelési nyomás«. Az ilyen hólyagműködés mellett végzendő resectio kilátásai bizonytalanok, bár műtét után hólyagtonikumok hatására teljes kompenzáció lehetséges. A cystometria diagnostikai segédeszközként is alkalmazható, pl. tabes és kezdődő túltengés elkülönítésére. Ilyen esetben azonban nehézséget jelent,

ha a túltengéshez dekompenzált, atómiás hólyagelváltozás járul. A cystometriának jelentős szerepe van a kórjelésben is. Szerző szerint csak azon betegknél várható resectio után szabad vizeletürítés, kiknek »hólyagürtartalma« 500 cm³ alatt, »vizelési nyomása« viszont 50 mm/Hg felett van. Ez a megállapítás olyan irányban is érvényesíthető, hogy ha egy betegnél, akinek »hólyagürtartalma« 500 cm³ alatt, »vizelési nyomása« pedig 50 mm/Hg felett van, resectio után és ennek ellenére residuális vizeletek észlelhetők, akkor ezt neadetrusor gyengeségére vezessük vissza, hanem a műtét elégtelenségére — tehát új resectio javallt. Végül ismerteti egyszerű eszközét, (katheter, hólyagfecskendő és manometer) mely sterilén alkalmazható és a gyakorlat számára teljesen kielégítő. (M. 3.) R. Molnár Jenő dr.

FAGIFOR „CITO“

Calcium-sókat tartalmazó jóízű mentholos lactocreasot-syrup

Ideális enyhe expectoransLégzőszervi bántalmak specifikus gyógyszere
lag. orig. P 3'21, pénztári csom. P 1'61**CITO gyógyszervegyészeti gyár**
Budapest, XIV., Lengyel-utca 33. szám.**PRIMOLAX****a biztos hatású synthetikus hashajtó**

Bisacetyl-dioxiphenylisatin 0,005 gr.-os tablettákban adagolva. A primolax a gyomron és vékonybélben áthalad és csak a vastagbél peristaltikáját befolyásolja, amelyre specifikus hatást gyakorol. Esti étkezés után vett tabletták 10–12 órán belül fájdalommentesen teljes kiürülést idéznek elő. Felnőtteknek 1–3 tablettát, gyermekeknek 1/2–1 tablettát.

SZENT PÉTER gyógyszervegyészeti laboratórium

Budapest, V., Pozsonyi-út 1. — Telefon: 121-547.

Láz, fájdalom, neuralgia:**FULMINOL 2.****T A B L E T T A****Kombinált készítmény****Korlátlanul beszerezhető!****10 tablettás csomagolás****Dr. WANDER gyógyszer és tápszergyár r. t., Budapest**

KÖNYVISMERTETÉS

Die Chirurgie des praktischen Arztes. Prof. dr. Erich Sonntag. (Georg Thieme, Leipzig, 1943. Ára kötve 46 RM.)

Az immár harmadik kiadásban megjelenő több mint 1000 oldalas könyv általános, részletes és rövid függelékre oszlik.

Az általános rész 514 oldalon felöleli az általános sebészetet, az asepsist, a vérzéscsillapítást, a vérátömlesztést, a sebkezelést, a különböző fertőzéseket, a daganatokat, a parazitás betegségeket, a töréseket, ficamokat. Ez utóbbiakat részletesen tárgyalja, pontosan ismertetve a követendő kezelési módokat és azok javallatait. Külön fejezetet szentel a csontolásoknak és kiizestéseknek, általánosan és részletesen tárgyalva a javallatokat és a műtési módokat. Röviden ismerteti a cukorbetegség kezelését a különböző sebészi beavatkozásokkal kapcsolatban és végül az egyes szövetek sebészi megbetegedéseit foglalja össze röviden, jól érthetően és áttekinthetően. Az utolsó fejezetben a különböző kötési módokat és alkalmazásukat ismerteti.

Az ugyancsak több mint 500 oldal terjedelmű részletes részben az egyes sebészi megbetegedéseket, azok tüneteit, a műtési javallatokat és a végzendő műtétet ismerteti. Elsősorban olyan megbetegedéseket tárgyal, amelyek a mindennapi életben gyakoriak és sürgős sebészi beavatkozást igényelnek. Az úgynevezett nagy műtétek közül csak azokat ismerteti, amelyek elvégzése olykor sürgős lehet. Különösen a sérülések, a gyulladások ellátását tárgyalja részletesen és igen szemléltető módon.

A függelékben 36 oldalon a sebészek által használt altató-érzéstelenítő szereket és a különféle gyógyszereket sorolja fel, minden megjegyzés nélkül, betegségek szerint csoportosítva.

A könyv stílusa világos, jól érthető. A hangsúlyt a gyógyítás különböző módjaira helyezi és a diagnosztikából csak annyit nyújt, amennyi okvetlen szükséges, az elméleteket pedig teljesen mellőzi. A képek összeállítása ugyanezt a célt szolgálja, ezért a könyvből a röntgenképek teljesen hiányzanak. Szerző célja az úgynevezett kis sebészet és a sürgős sebészi műtétek részletes, szakszerű és világos tárgyalása és ezt a célját tökéletesen el is érte. A fiatal sebésznek mindenképp, a kisebb gyakorlatlalt bíró sebész és a gyakorlóorvos is sok hasznos útmutatást és gyakorlati tanácsot találhat ebben a nagy tapasztalattal és gyakorlati érzékkel megírt könyvben, amelynek kiállítása a háborús viszonyoktól eltekintve is, igen szépnek mondható.

Matolay György prof.

Az ittasság és az iszákosság vizsgálata, valamint ennek jelentősége az igazságszolgáltatásban. *Paxár Zoltán dr.* rendőrorvos (a MOKT kiadása), (1942. 125 o. Ára fűzve 8 P.) A munka mindenre kiterjedően ismerteti az alkohol hatását és megfelelő megvilágításba helyezi a Widmark-féle véralkohol töménységmegállapítást és a talált értékeket befolyásoló tényezőket. Kitér az öröklés kérdéseire, az alkat és az alkoholhatás összefüggésére. Újszerű a csökkent tolerancia ismertetése; kellő méltánylást talál a pathológiás ittasság. Értékes részei azok, amelyek az alkoholfogyasztásnak a gépjárművezetésre gyakorolt befolyását tárgyalják; itt a szerző részletesen leírja a psychotechnikai eljárásokat, amelyek már kismérvű alkoholfogyasztás káros hatását is bizonyítják.

Bár széleskörű irodalmi adatokra támaszkodik, megszűri azokat, gondosan mérlegeli és ingatag teoriák felsorakoztatásával nem nehezíti meg az olvasást és megértést, hanem gyakorlati tapasztalataira támaszkodva biztos útbaigazítást nyújt. Az ideggyógyászt és a pszichiátert meglepi talán az a részletesség, amellyel a pszichiáter vizsgálati eljárásait ismerteti, de elvégre is nem ideg- és elmegyógyász kezébe kerülnek vizsgálatra az alkoholmérgezés heveny esetei. Külön érdemének lesz tudandó, ha közelebbvisz a Widmark-féle vizsgálat széleskörű alkalmazásának elrendeléséhez. Antialkoholista köröknek is örömmel kell üdvözlönlük ezirányú törekvéseit, legalább egyes foglalkozási ágakban csökkenthető lesz az alkoholfogyasztás veszélye. Hazánkban nem a fogyasztás átlagos fejadagja nagy, hanem egyes egyéneké. Kíváncsok volna, hogy a bűnügyi igazságszolgáltatás is a beszámíthatóság kérdésében egységesen olyan álláspontot foglaljon el, amely az alkoholfogyasztást nem illeti praemiummal. — A házagpótló mű kiadásáért elismerés illeti meg a MOKT-t.

Hozzászólás Tóth Zoltán m. tanár úrnak a közleményéhez, ill. válaszához.

(O. H. 26. és 36. sz.)

Hadiszolgálatom miatt dr. Tóth Zoltán m. tanár cikke ill. Ratkóczy prof. megjegyzése és az arra adott válasz közel egyidőben került a kezembe. Ezért, ha elkésve is, szeretném hozzászólásomat az alábbiakban közreadni.

A sugársérülések kérdése állandó rovata a szaklapoknak, miután mindnyájunkat az a szempont vezet, hogy „primum non nocere”. Ámde nagyon gyakran tapasztalhatjuk, hogy éppen a rtg. sugázzal kapcsolatban sokszor olyan tételekkel terhelik a sugaras kezelést, ami semmikép sem írható számlájára.

Igy van ez a Tóth Zoltán közleményében említett Horay és Rohrschneider f. esetekben is. Ugyanis ha figyelembe vesszük, hogy a bulbusok ólommal voltak fedve és így keletkezett a besugárzás után 5 (!) évvel a lencseelváltozás, minden körülmény elleneszo a rtg. kezeléssel való összefüggésnek, mert a védelmül használt ólom (2—3 mm vastag) közepkemény sugárzást véve alapul, a szembe jutható sugárzást practice ártalmatlan kicsiségükre csökkenti. Ugyanez a helyzet, ha figyelemmel vagyunk a secundaer ill. szórt sugárzásra. Nem vitatható, hogy a lencse leginkább „sugárérzékeny”, ill. helyesen: sugársérülékeny. Viszont vannak sokkal „érzékenyebb” szövetfeleségek, melyek megfelelő módszerrel utókövetkezmények, szövödmények nélkül is jól kezelhetők és ez mindennapos tapasztalat. A hangsúly a megfelelő módszeren van. Mert nem vitás, hogy gyulladásos elváltozások kezelésére 36 nap alatt kiszolgáltattott 660 „R” (melyről nem tudjuk, hogy levégőben mért dosis vagy visszasugárzással mért-e?) közeljár ahhoz, amit túladagolásnak nevezhetnénk figyelembevve a lencse „érzékenységet”. Ugyancsak nem tisztázott, hogy „R” vagy „r” volt a kiszolgáltattott egység, miután az előbbi az u. n. német „R” 1.966 „r”-nek felel meg. *Rados és Schinz* szerint a lencse 80% H. E. D.-vel terhelhető, következmények nélkül. Ámde ezt célszerűbb nem teljesen igénybevenni, bár a fractionálás a terhelhetőséget fokozza sugárbiológiai okok miatt. Ugyanerre a következtetésre jutunk, ha az állatkísérleteket vesszük figyelembe miután ismeretes, hogy epilatio dosisan stb. a tengerimalac kb. 1.5—2 szerez sugármennyiséget bír el az emberi szövetekhez viszonyítva.

A rendelkezésemre álló irodalmi adatok szerint, melyek részletezése meghaladná e hozzászólás kereteit, általánosságban azt tapasztalták, hogy 1 HED a lencse tűrőképesége. Természetesen ezek az adatok nem kielégítőek, mert nem nyújtanak felvilágosítást a sugárzás pontos milyenségét illetően, nem adnak magyarázatot a hullámhosszúság, szűrő, „r”/min, focusbórtávolság és a fractionálást érintő adatokra. Viszont az eredmény és a tapasztalatok értékelése szempontjából ezek nem elhanyagolható körülmények. Ezekután világos, hogy már több mint 10 éve a nem tumoros szembetegségek kezelésében az a tapasztalat alakult, hogy 1 HED feletti adagok kiszolgáltatása kockázatos dolog, így hát a közölt esetben és más hasonló esetekben, mikor ezt az adagot meghaladták, közel jártak ahhoz, amit műhibának lehet nevezni. Vagyis a közölt esetben nem therapiás adag után állott be a lencseelváltozás, hanem kifejezetten túladagolás miatt.

Az elmúlt közel 10 esztendő alatt pillanatnyilag

rendelkezésekre álló adataim szerint 48 esetben végeztem szembesugárzásokat therapiás célból. Ezek egyikében sem észleltem sem közvetlenül, sem később a besugárzások után semmiféle ártalmát sem annak ellenére, hogy volt sok daganatos betegünk, akik tekintélyes adagot kaptak, viszont ezeket csak átlag 18 hónapig észleltük. Besugárzott betegeink száma legalább a kétszerese, az itt említett eseteknek, de ezek adatai nem állnak rendelkezésekre s ezért elhagytam őket. Magyarázata jó eredményeinknek abban keresendő, hogy a kiszolgáltatott adagjaink inkább 50, ritkábban 100 „r” körül mozogtak (visszasugárzással mérve, 160–180 KV. 4–8 mA. 20–25 „r”/min, 0.5 Cu. mellett) és sohasem alkalmaztunk egy szemre 300, de maximum 400 „r”-nél nagyobb összmenyiséget, s az adagokat erősen fractionálva szolgáltatottuk ki minimum egy hét időközzel.

Ugy gondolom, hogy célszerű ezzel az „atra cura”-val leszámolni. Ennek feltétele az, hogy legyünk tisztában azzal, hogy ilyen megjelölések, mint „epilatio dosis”, „H.E.D.”, „puha és kemény sugárzás” semmitmondók pongyolák, csak hibákra vezethetnek, miután a lényeges sugártulajdonságokra nem adnak felvilágosítást. Van exakt mérési módszerünk nemzetközileg elfogadott „r” egységgel s a sugárzás hullámhosszúsága, szűrő és „r”/min. mind olyan faktorok, amiket elhagynunk nem lehet, ha összehasonlításokat akarunk tenni vagy eredményeket akarunk leszűrni. Ezek nélkül az adatok nélkül csak annyit tudunk, mintha azt mondanám, hogy a beteget megoperálták, anélkül, hogy tudnám miért, mily módszerrel, stb. Rtg. tankönyvek anyaga, hogy pl. az epilatio dosis mikor mekkora, még azonos feltételek mellett sem azonos; egyesek 330, mások 400 „r”-t alkalmaznak, más dosist a hajzatra, mást a szakálra. Különböző lesz a H. E. D. 80 kV és 200 kV feszültség, filtrált, ill. filtrálatlan sugárzás mellett. Nem alkalmazható tehát a HED % dosisjelölésre, csak filtrált, kemény sugárzásokra, ott is meg kellene jelölni, hogy levegőben mért vagy visszacsugárzással mért adatokról van-e szó. Ezek hiányában az észleletek nem állíthatók párhuzamba s ez a magyarázata a tapasztalatokban mutatkozó eltéréseknek, különösen olyan sérülékeny szövetek kapcsolatosan, mint a lencse. Ezekután tiltakoznunk kell minden olyan közlés ellen, mely ezeket nélkülözi, ill. megelégszik annyival, hogy „puha” v. „kemény” sugárzást alkalmaztak, mivel a sugárzás keménységét a lámpa sarkain uralkodó feszültség determinálja, pontosabban a hullám hosszúsága, mely az említett feszültségnek függvénye. Világos, hogy ha tudjuk a feszültséget (kilovolt), képet alkothatunk magunknak a sugárzás puha vagy keményebb voltáról s arról is, hogy mennyit nyel el a sugárzásból a besugárzott szövet. Ismeretes, hogy minél puhább, minél hosszabb hullámhosszúságú valamely sugárzás, annál többet nyelnek el belőle a szövetek. Továbbá minél felszínebb valamely szövet (pl. bőr), annál nagyobb lesz a benne elnyelődött sugármennyiség. Így már érthető, hogy miért éppen az arcon levő bőrelváltozások kezelésében fordultak elő »puha« sugárzások alkalmazása kapcsán a lencsesérülések, bár ennek okát elsősorban a bulbus gondatlan védelmében kell keresnünk.

El sem képzelhető olyan therapiás bőrbesugárzás, melyben olyan adagok kerüljenek alkalmazásra, melyeknek szórt, ill. secundär sugárzása a lencsét a HED 100%-ával azonos sugármennyiséggel érinti.

nék. *Ratkóczy* prof. kiemelte, hogy 120% HED (levegőben mért 720 „r”-nek megfelelő sugármennyiség) nem okozhat teleangiectasiákat, mert általános tapasztalat szerint egyszerű fractionáló módszer mellett is ez csak kb. 5000 „r” után áll be a bőrön, mégis nem lesz érdektelen, hogy ha közlöm, hogy 10 esetben, ahol a meglevő tumor miatt a szemet besugároztam, 3000 „r” után (180 kV. 8 mA. 0.5 Cu. 25 „r”/min) sem voltak teleangiectasiák, 10 hónappal a kezelés után sem.

Az egyéni érzékenység olyan szűk határok között mozog, hogy practicusan figyelembe venni nem lehet, de nem is kell, ezt bizonyítják *Hohlfelder*, *Voltz*, *Reissner* közlései, akik betegeiket minden elképzelhető vonatkozásban vizsgálták s azt találták, hogy 10%, de maximum 30% különbség lehetséges, ha az erythema beállását vizsgáljuk, mint az érzékenység indikátorát.

Mindezekből annyit kívánnék leszűrni, hogy:

1. A szem direkt besugárzásakor ne haladjuk sohasem túl egy éven belül a 600 „r”-t (1 HED), kemény sugárzást (180–200 kV.) és Cu. filtert alkalmazva, de inkább maradjunk ez alatt az érték alatt. Ha ez eredménytelen, amúgy is céltalan a rtg-kezelés, mert gyulladásos elváltozások és hasonló kezelésére kb. ez az a sugármennyiség, mely therapiásan célszerűen veszélytelenül alkalmazható. Céltalan az eredmény erőszakolása olyan sérülékeny szövet esetén, mint a lencse.

2. Csak pontos dosismérés alapján, kellő gyakorlattal rendelkező rtg.-szakorvos végezzen ilyen kezeléseket. Mindenben csatlakoznom kell *Ratkóczy* prof. véleményéhez, a dosismérés valószínű hibás voltát illetően a közölt esetben. Fel sem tételezhető, hogy vidéki gyakorló bőrgyógyász 1932 (!)-ben rendelkezett megbízható dosismérő berendezéssel. Neki elégséges volt az empirián alapuló adagolás is, bőrelváltozások kezelésére. A pontos dosismérés hiányát bizonyítja az I. fokú rtg.-égésre emlékeztető tünetcsoport.

3. Ne haladja túl a rtg.-szakorvos a megjelölt maximális dosist akkor sem, ha tőle ezt bárki is, de nem szakember kívánja.

4. Gondosan ügyeljünk a szórt sugárzás okozta veszélyre és a bulbus gondos ólomvédelmére. Magam egyetlen egy ilyen sérülést sem láttam s ennek magyarázatát abban látom, hogy mesterem *Czunft* Vilmos, mindig a legtüzetesebb bulbus védelemre szorított bennünket. Oldalsó koponyamezőkben az orbita legmélyebb pontjait terjedjen az ólomfedés.

5. Minden szemmel kapcsolatos besugárzáskor ragaszkodjunk az előzőleg végzett réseslámpa vizsgálathoz, az állapot lerögzítése céljából.

Igy lesz elérhető, hogy egyfelől objektíven vizsgálhassuk meg a beállított elváltozásokat s kiküszöböljük az esetleges sérüléseket s tisztázzuk pontosan az alkalmazható ártalmatlan adagokat. Elkerülhetjük a hibás besugárzásokból származó bajokat és helytelen következtetéseket.

Zsebők Zoltán dr.
kórházi főorvos, oh.

Uj vagy jóállapotban levő, használt Javal Ophthalmometert vennék. Walkowsky dr., Bala-tonfüred, Bedegi Gábor-u. 7.

LAPSZEMLE

Münchener Medizinische Wochenschrift. 38—39. sz.
 Arnold O. H.: A háborús nephritis abortív alakjai. —
 Böger A.: Lappangó recurrensfertőzés és recurrens-
 rheumatoid. — Heimberger H.: Az exanthema meg-
 jelenése és pulsus magatartása kiütéses typhusban. —
 Haberer H.: Hasműtétek elő- és utókezelése. Tapfer S.:
 A szülészet haladása hormonalis kutatás alapján. —
 Schroeder H.: Új antidiarrhoicum: a perlisán.

Wiener Klinische Wochenschrift. 39—40. sz. Lang
 K. és Schwiigk H.: Vérpótszerek. — Niedner F.: A gáz-
 üszők gyógyításához. — Aberle R. v. Horstenegg: A
 szövődmenyes metatarsalgia.

Wiener Medizinische Wochenschrift. 40—41. sz.
 Parada G. W.: Hormonalis tényezők a gyomorbaajok
 kezelésében. — Buñnewitsch K.: Endo-myocarditis
 rheumatica a hepato-lienalis rendszer megbetegedésé-
 vel. — Hauswirth O.: Mi a constitutio?

Schweizerische Medizinische Wochenschrift. 40. sz.
 Wyrisch I.: A depressió állapotok klinikájához. —
 Moeschlin S.: Tüdőbeszűrődések Weil-f. fertőző sárga-
 ságban. — Merkle Ch.: Tüdőaktinomykosis »Irgamid-
 dal gyógyult esete. — Steiner P. és Geissberger M.:
 Gümös hülsümirigy bronchusba áttörésének három
 esete a mirigysequesterek kilökődésével. — Risi A.: In-
 hüvelyphlegmonával és kezdődő sepsissel complicált
 fertőzött seb kezelése Merfen sebhintőporral. — Kar-
 cher H.: Platter F.: — Scheinfinkel N.: L. Asher. — 41. sz.
 Hottinger A.: A diphtheria védőoltás alapja és eredmé-
 nyei. — Miescher G.: Angiomák sugárkezelése. —
 Weber H. H.: Kritikai és casuistikus adatok a sorozatos
 átvilágítások kérdéséhez. — Waegeli C.: Precancerosis.
 — Wespi H.: Toxikus polyneuritis sedormid mérgezés
 új fájdalomcsillapító és altató szer.

VEGYES HIREK

Betöltendő orvosi állások: Egerben egy férfi, Deb-
 recenben egy férfi, Szombathelyen egy férfi, Pécsen egy
 férfi. Kassán egy férfi, Komáromban egy férfi, Szeged-
 den egy férfi, Kolozsvárott két férfi körzeti iskolaor-
 vosi állás a közép-, középfokú- és szakiskolákhoz.
 Pályázati határidő nov. 15. — A miskolci Erzsébet
 kórházban a gyermekosztály főorvosi állás, továbbá
 két segédorvosi állás. Pályázati határidő a Budapesti
 Közlönyben történt harmadszori megjelenéstől számí-
 tott 15 nap.

Orvosdoktorrá avattattak a budapesti Tud. Egyete-
 men október hó 16-án Gémesi Sarolta Margit, Jenkner
 Ferenc János, Kiss Mihály, Kizman Antal, Kovács
 Miklós, Predmerszky Tibor, Schmidhoffer József Antal
 Károly, Tompa Zoltán László. Üdvözljük az új kartár-
 sakat.

SEDIVAL TABL.

Natr. phenylaethylbarb. natr. glycerophosphor,
 bromisovalerylurea és polybromat. Sedatív ha-
 tása mellett enyhe altató hatást is fejt ki

3-szor naponta 1-1 tableta vagy este 2-3 tableta altatónak

SZENT PÉTER GYÓGYSZERVEGYÉSZETI LABORATÓRIUM
 Budapest, V., Pozsonyi-út 1. — Telefon: 121-547

HETIREND

Hétfőn, 25-én 7 1/2 ó. a Kir. Magy. Term. Tud.
 Társ. Élet és Kórtani Szakosztályának
 ülése. Buday I.: Az életeről származása.

Hétfőn, 25-én 7 ó. a Bp. Orvosi Kör ülése. Le-
 hoczzy T.: A központi idegrendszer korai syphilisének
 tünettana és gyógyítása.

Kedden, 26-án 7 1/2 ó. a Bp. Orvosi Kaszinó
 ülése. Schill I.: Diagnosztikus és terápiás tévedések.

Szerdán, 27-én 6 ó. a Magy. Orvosok Röntgen
 Egyesületének ülése. Bemutatás: Dankó J.: Osteo-
 poikilia estte. Előadás: Várady K.: Jodipintelődés a
 méh nyirokereiben. Leszler A.: A tüdőrák, különös te-
 kintettel röntgenológiai vonatkozásaira.

Szerdán, 27-én 6 ó. a Közkórházi Orvostár-
 sulat ülése. Bemutatások: Szilágyi P.: Epehólyagper-
 foratio esete. Hasfali heg elcsontosodása. Előadások:
 Milkó V.: Az epeutak drainezése és a sülyesztett pro-
 thesis. Szecsey Gy.: Nyaki vágott sebek.

FELELŐS KIADÓ: VAMOSSY ZOLTAN

A szerkesztő kedden és pénteken 12 és 1 óra között fogad.

Jó szakkönyvek — eredményes munka!

Elektrocardiographia nélkül nincsen tökéletes diagnózis!

Most jelent meg az első teljes magyar elektrokardiographia!

I. kötet: Az elektrokardiographia TANKÖNYVE!

II. kötet: Elektrokardiographiai ATLASZ!

GYAKORLATI ELEKTROKARDIOGRAPHIA

Két kötetben. Irta: Dr. Radnai Pál v. egyet. belklinikai tanársegéd 434
 oldal műnyomópapíron, 240 ábrával (700-nál több elektro-
 kardiogramm élvezet és felvétele), két kötetben kötve ... P 44. —

A gyógyítás irányának meghatározásánál a laboratóriumi
 vizsgálatok eredményei nélkülözhetetlenek!

MÁSODIK KIADÁS!

ORVOSI ÉS LABORATÓRIUMI VIZSGÁLATOK

Irta: Dr. Láng Sándor e. m. tanár. I. kötet: VEGYI ÉS MIKROSKO-
 POS VIZSGÁLATOK. — II. kötet: BAKTERIOLÓGIAI ÉS SEROLÓ-
 GIAI VIZSGÁLATOK. 704 oldal 53 ábrával és 15 színes
 táblával, két kötetben kötve P 30. —

Gyógynövények gyógyhatásai

Növényi gyógyszerek. Irta: Varró A.
 Béla gyógyszerész, lexikon formátumú
 430 oldal, 17 táblán 70 színes képpel,
 95 egy színű képpel, és 6
 táblával illusztrálva, kötve P 24. —

NŐGYÓGYÁSZAT

PATHOLOGIA — DIAG-
 NOSZTIKA — THERÁPIA
 Irta: Dr. Mansfeld Ottó e. m.
 tanár, kórházi főorvos
 77 ábrával P 20. —

A hormon- és vitaminkutatás legújabb eredményeit is
 ismertető szakmunka!

A BASEDOW-KÖR (Thyreosis)

Irta: Dr. Fischer Mihály. 36 ábrával és 6 műmelléklettel
 fűzve P 12. — kötve P 18. —

FERTŐZŐ BETEGSÉGEK

A fertőző (ragályos) betegségek és járványok ismertetése a róluk szóló
 jogszabályokkal és Budapest Székesfőváros fertőzőbetegségeiről szóló sza-
 bályzatának kivonata. Irta és összegyűjtötte: Dr. Kerbalt
 László P 18. —

NOVÁK RUDOLF ÉS TÁRSA

Orvosi Szakkönyvkereskedés és Tudományos Könyvkiadóvállalat
 BUDAPEST, VIII., BAROSS-UTCA 21.

ANARA-CHINOLIN

gőzeinek bszeippantása azonnal enyhíti a nátha tüneteit!

HASZNÁLATRAKÉSZ TUBUS!

Quadronox

megbízható altatószer
mely már kis adagnál (fél tabletta)
is üdítő álmot és üde ébredést
biztosít.

**10 és 20 tablettás
csomagolások**

Adatokkal készséggel szolgál:

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE I. W.
KÁLMÁN LEHEL GYÓGYSZERVEGYÉSZETI VÁLLALAT BUDAPEST 62

Neohexal

A húgyutak valamennyi fertőzőes
folyamatának, továbbá az influenza és
a megfázásos betegségek kezelésére.

Üvegcsőben 20 db 0,5 g-os tabletta



J. D. RIEDEL - E. DE HAËN A. G. BERLIN — Magyarországi képviselő: Dr. Lányi Lajos, Budapest, VIII., Rigó-utca 10

Uricedin

anyagcserebántalmaknál, mint: köszvény, rheuma, ischias, vese-, hólyag-, epe-, máj-bántalmaknál, bélrenyheség és gyomorbajoknál.

Magyarországi vezérképviselői:

Medichemia Gyógyszerkészítmények Gyára R.T.

Budapest, X., Hölgý-ucca 14

J. E. Stroschein

Chemische Fabrik K. G.
Berlin



VITAPLEX „B₁”-CHINOIN

HAZAI GYÁRTÁSÚ, KRISTÁLYOS B₁-VITAMINKÉSZÍTMÉNY

AMPULLA : 3 és 15×2 mg, 3 és 15×10 mg, 5×50 mg

TABLETTA : 20×1 mg, 20×3 mg

UJABB CSOMAGOLÁSOK : AMPULLA : 3×150 mg
TABLETTA : 20×12 mg

FŐBB JAVALLATAI : Beri-beri, különféle eredetű neuritisek, polyneuritis. Neuralgiák, ischias, migraine, herpes zoster. — Diabetes mellitus, hyper- és hypothyreosis. — Gyomor-, béltonia, étvágytalanság, hyperemesis. — Myocardialis elváltozások, nephrosis. — Ulcus-étrend, gyomor- és bélrák.



ORVOSI HETILAP

Szerkesztőség és Kiadóhivatal:
VIII., Üllői-út 26., IV. em.

Telefon: 345-113.

Ingyenes lífthasználat.
(Kérje a portástól.)

MEGJELENIK SZOMBATON

Egyes számok kaphatók:
a kiadóhivatalban 70 fillérért;
Magyar Orvosi Archivum számai 2 pengőért.

Hirdetések kizárólagos felvétele
a kiadóhivatalban.

Előfizetések beküldhetők: Kiadóhivatalunkba vagy
22.968. számú postatakarékpénztári csekkszámunk javára.

Romániában: *Borsos Béla dr.* Arad, Str. Gen. Grigorescu 5.

Slovákiában: *Eleőd Solt.* Handels- u. Kredit-B. Bratislava.

A »Magyar Orvosi Archivum« egész évre 10 P., 70 slk., 400 lei.

Előfizetési díj: az »Orvosi Hetilap«-ra az »Orvos-
tudományi közlemények«-kel együttesen egész évre 26 P,
220 slk., 1000 lei, egyéb külföldre a beltölési díjak + portó-
költség (összesen 32 P), félévre ezen összegek fele, negyed-
évre negyede, egy óra 2:50 P.

SYMPATOL

A SZÍV ÉS VÉRKERINGÉS GYÓGYSZERE.

Indikációk:

Az erek hypotóniával párosult tónuscsökkenése:

Rekonvalescentia - Hypotónia - Terhesség - Öregkori panaszok

Általános keringési gyengeség:

Influenza - Diphtheria - Tuberculosis - Typhus - Pneumonia

Súlyos kollapsus:

Műtétek - Szülések - Vérvettség - Shok

Tudományos osztály,
Budapest, VII.
Károly király út 13-15



Forgalomban:
Ampullák a 006 g
és 10%-os liquidum.

GON-O-YATREN

a férfi és női szövődményes gonorrhoea kezelésére

(Különböző frissen nyert gonococcus-törzsek suspensiója Yatren-oldatban)

Sematikus kezelésre:

2,5 kcm-es ampullákban emelkedő (50—400 millió) csiratartalommal

Egyéni kezelésre:

25 kcm-es üvegekben, kcm-ként 50 millió csiratartalommal

Alkalmazása és adagolása:

Intramuszkulárisan és intravénásan 2—4 naponként emelkedő adagokban

Provokációra:

Intravénásan 1—1,5 kcm 50—75 millió vagy több csira

Kórházak külön engedély nélkül beszerezhetik.
Az OTI, MABI, MÁV és valamennyi betegségi bizto-
sító intézet (bányatárspénztár) terhére főorvosi enge-
déllyel rendelhető



Forgalomban: 6 ampulla à 2,5 kcm, üveg à 25 kcm

„Behringwerke“
LEVERKUSEN

Magyarországi vezérképvislet: **MAGYAR PHARMA GYÓGYÁRU R.-T.**
BUDAPEST, V., Arany János-u. 10. KOLOZSVÁR, Mussolini-út 18.

SULFAPYRIDIN

Para-aminobenzol-sulfo- α -pyridinamid

**A coccusok okozta megbetegedések biztos
hatású chemotherapiás szere**

Tabletta

Injectio

Suppositorium

**Az idegrendszert nem károsítja! Az esetleges gyomorpanaszok Acidum
nicotinicum „RICHTER”-rel megszüntethetők**



RICHTER GEDEON VEGYÉSZETI GYÁR R. T., BUDAPEST X.

ORVOSI HETILAP

Alapította: MARKUSOVSKY LAJOS 1857-ben.

Folytatták:

ANTAL GÉZA, HÖGYES ENDRE, LENHOSSÉK MIHÁLY, SZÉKELY ÁGOSTON.

Szerkesztőbizottság:

HERZOG FERENC, V. BERDE KÁROLY, GORKA SÁNDOR, HÜTTL TIVADAR, BALÓ JÓZSEF,
VÁMOSSY ZOLTÁN, MÉHES GYULA, REUTER KAMILLÓ, JENEY ENDRE, VIDA KOVITS KAMILLÓ.
FELELŐS SZERK.: VÁMOSSY ZOLTÁN. Fogad kedden és pénteken 12—1. SZERK.: FRITZ ERNŐ.

TARTALOM:

Farkas Károly: Pathologiai problémák a Küntscher-féle velőszögezéssel kapcsolatban. (531—532. oldal.)
Dósa András: A hurutos váladék hámszajzáratainak eredete és jelentősége. (532—534. oldal.)
selmeczi Pöschl Ferenc: Adatok a csepleszcsevarodás kórismézéséhez. (534—535. oldal.)

Melléklet: Az Orvosi Gyakorlat kérdései. (85—88. oldal.)
Irodalmi szemle. (535—539. oldal.)
Könyvismertetés. (539. oldal.)
Vegyes hírek. (540. oldal.)
Hetirend. (540. oldal.)

OTI Magdolna baleseti kórház közleménye

Pathologiai problémák a Küntscher-féle velőszögezéssel kapcsolatban.

Írta: Farkas Károly dr. egyet. magántanár.

Ha napjaink sebészi irányát viszonylag a legtöbbet gyakorolt és vitatott műtét eljárás után akarunk megjelölni, úgy kétségtelenül a Küntscher-féle velőszögezést választanánk. A sebészi szaklapok közleményei túlnyomóan ezzel az eljárással foglalkoznak. Az egyszerűségében zsenialis műtétet Küntscher ismertette 1939-ben. Magyarországon elsőnek az Országos Társadalombiztosító Intézet Magdolna baleseti kórházában Elischer Ernő igazgató-főorvos adjunctusa, ifj. Barla Szabó József dr. foglalkozott behatóan és technikailag jól felszerelve a velőszögezéssel, miután hosszabb időt töltött Bécsben az eljárás tanulmányozása és gyakorlása céljából. Tapasztalatairól a kir. Orvosegyletben számolt be. A legutóbb az Orvosi Hetilapban Milkó professor, az Orvostudományi Közleményekben pedig ifj. Barla Szabó József ismertette részletesen az eljárást, illetőleg számolt be az utóbbi műtét eredményeiről. A műtét lényege az, hogy csöves csontok diaphysis töréseit a velőürbe vezetett fémszöggel rögzítik. A fém merevítő általában az egész diaphysis hosszát eléri. Az eljárás technikailag tökéletesen megoldottnak mondható. Előnyei nem lebecsülendők. Kizárja a törvégek minden későbbi elmozdulását, a végtag órákkal a beavatkozás után már mozgásképes lehet és elkerülhetők a gipszeléssel járó kellemetlen szövődmények: izom, csont és ízületi inaktivitás, illetőleg ezek következményei. Kitűnően bevált és ma már alig nélkülözhető az állizület kezelésében és nem kisebb a jelentősége munkagazdasági értelemben, amennyiben az így kezelt betegek ápolási ideje lényegesen csökken.

Kezetben az eljárás javallati területe meglehetősen szűk volt, amennyiben egyszerű csövescsonttörésekre és állizületek kezelésére szorítkozott. Ma

már azonban a bonyolult darabos, sőt nyílt törések eseteiben is ajánlják.

A mechanikailag tökéletesnek mondható megoldás mellett is pathológiailag nem érdektelen szempontok merülnek fel. Nevezetesen: 1) az idegentest szerepe és hatása a zárt velőüregben, főként a sequestratio és callusképződés irányában, 2) a felvehető velőroncsolás kapcsán fellépő zsírembolisatio és 3) a velőre, mint vérképzőszervre gyakorolt hatás.

Ad 1. A sequestratiót illetően úgy látszik a velőüregbe helyezett anyag kémiai összetétele mellett döntő, hogy a merevítő fémszeg aránylag rövid idő múltán eltávolítható. Az anyag kémiai összetételének szerepére utalnak Matolcsy Tamás dr. eredményei. Ő kimutatta, hogy a fémcsapok alkalmazása esetén a csontokon sipolyok képződnek. A Küntscher-féle szögek alkalmazása mellett e szövődésmennyel nem találkozunk. A szervezet védekező, eltoló készségére utal, hogy a velőszög mentén a velőállomány sarjszövetszerűen átalakul és így izolálja a szöveget. Hogy a callus-képződés kifogástalan, azt a röntgen-képek és a tapasztalat is igazolja.

Ad 2. Az eljárással szemben felhozható ellenvetések legkomolyabbja a zsírembolisatio lehetősége. Ez valóban nem lebecsülendő veszély, ha egyszerűen csak arra gondolnánk, hogy a bevezetett szög a velőt roncsolja. Meggondolandó azonban, hogy a bevezetésre kerülő fémszegek kihegyezett finom eszközök és így durvább roncsolás, ami feltétele a zsírembolia képződésnek, nem alakul ki. Biztosra vehető, hogy maga a csonttörés a legtöbbször durvább velőroncsolást okoz, mint a szögezés. Éppen egy sebész, Maatz az, aki dícséretes őszinteséggel tárja fel a zsírembolia veszélyét és próbálja a kérdést kísérletileg is tisztázni. Közleményében 19 exitusról számol be, sajnos nem említi, hogy e szám hány operált esetre vonatkozik. 6 esetet nem boncoltak, ezek egyikét biztosan emboliás halálnak mondja, a 13 boncoltból 4 esetben találtak mikroszkoposan zsíremboliát a tüdő hajszálereiben. Ezek közül kettő a műtét utáni napon exitált keringési elégtelenség tüneteivel, egy shock állapotban a műtét utáni 4. napon halt meg

és csak az utolsó exitus volt olyan, hogy a halálokok közül a zsirembolia biztosan kizárható volt, amennyiben septikus állapotban debitált. Sajnos, mint említettük, a közleményből nem derül ki, hogy a 19 exitus hány operált esetből származik. Mindenesetre a zsirembolisatio figyelmen kívül nem hagyható szövődmény, bár az esetek felvehetően nagy számához viszonyítva, kis veszélynek látszik. Ha egyáltalán szabad az élet és halál kérdésében collectiv alapon bírálatot mondani, azt mondhatjuk, hogy a közösség szempontjából mutakozó előnyök az egyén veszteségéből származó hátrányt messze felülmúlják.

Maatz az embolia lehetőségének tisztázására kísérleteket is végzett. Kuttyák négy végtagját velőszögezte és azt találta, hogy 4 mm² tüdő felületre átlagban 2–4 zsircsepp jut és csak helyenként, nevezetesen az alsó lebenyekre esik átlagban 10–20 csepp zsír. Ez nem is olyan lebecsülendő mennyiség, ha figyelembe vesszük a feldolgozás kapcsán beállható veszteséget is. Hiánya Maatz munkájának, hogy egyéb szervekre, nevezetesen: agy, nem volt figyelemmel, holott többi közt Scibas munkájából is tudjuk, hogy a keringésbe került zsír igen gyorsan átpassirozódik a tüdő hajszálereire. Ő pl. békában 42 másodperccel a csonttörés után, a nyelv verőereiben már megfigyelhetette a zsircsepeket.

És végül a 3. felvetett kérdés: a csontvelőre, elsősorban, mint vérképző szervre gyakorolt hatás úgy pathológiailag, mint klinikailag egyaránt érdekelhet. E kérdés tisztázására Elischer Ernő igazgatófőorvos engedélyével magunk is számos észleletet tehettünk a Magdolna baleseti kórház anyagán. Megvizsgáltuk a velőszögezésre kerülő betegek mennyi-leges és minőleges vérképét lehetőleg szögelés előtt és utána is több alkalommal kb. 5–6 napos időközben, majd a vizsgálatot megismételtük akkor, amikor a beteg ellenőrzésre, 3–6 hónap után megjelent. A vérképet 20 esetben vizsgáltuk, 6 esetben észleltük a vérzési és alvadási időt, illetőleg négyszer a vizeletet Bence—Jones fehérjékre.

A vérképre vonatkozó észleleteink tabeilaris összeállításával nem akarom az igen tisztelt olvasót fárasztani. Összegezve az mondható, hogy átlagban a szögezés után 10–30%-kal szaporodtak a vörösvértestek és kb. ugyanilyen arányban emelkedett a hgb. is. Szembeötlő volt minden esetben a thrombocyta és reticulocyta kifejezett reakciója, ami nem ritkán 50% emelkedésben nyilvánult. A fehérvérsejtszám lényeges eltérést nem mutatott. A minőleges vérképben mérsékelt balratolódás látszott, élénk eosinophylsejtes reakcióval, ami több esetben 8–10 %-ot is elért. A lymphocytaikat jellemezte, hogy nagyobb részük inkább plasmasejt típusú volt. A szögezés előtt és közvetlenül utána rendszeresen találhatók kóros fehérvérsejt alakok: vakuolus magvú és plasmájú leucocyta. Elvértve egy-egy csontvelői reticulumsejt is megfigyelhető. Az összefoglaltakból, mint legjellegzetesebb az élénk thrombocyta és reticulocyta reakció emelhető ki, olyan értelemben, hogy a velőürbe helyezett szög ingerhatását nem pathológiás irányban fejti ki.

A thrombocyta képző szerv izgalma nem csak a vérlemezkék szaporodása utal, de az is, hogy igen sok fiatal, thromboplastnak felfogható alak kerül a keringésbe. Régebbi tapasztalataim és kísérleteim is amellezt szólnak, hogy a myelopoetikus rendszer reakciókészségének legérzékenyebb mértéke a vér-

lemezkeszám ingadozása. Bármí, a csontvelő működést károsító ingerhatás érvényesül, a vérlemezkeszám azonnal csökken, viszont serkentő befolyások a vérlemezkeszám emelkedésében nyilvánulnak.

Ezek szerint úgy látszik, hogy a velőszögezés nem hogy károsítólag hat a csontvelő vérképző ténykedésére, de ellenkezőleg serkentő befolyása tetelezhető fel. Az összeredményt áttekintve, mérlegelve a kétségtelen pozitív irányú ingerhatást, szemben az aránylag kis beavatkozással, nem látszik idegennek az a belgyógyászok által felvetett gondolat, hogy *egyéb módon nem befolyásolható thrombopoenis vagy thrombopathias purpura esetekben megpróbálható lenne a csontvelőnek velőszög általi direct ingerlése*. Annál is inkább felmerülhet ez a lehetőség, mert a vérzési és alvadási időre vonatkozó vizsgálataim azt mutatták, hogy a szögezés utáni első héten az alvadási idő kb. egyharmadával rövidül és csak lassan, II–IV. héten éri el ismét a kiindulási értéket. Ez összefügghet részben a vérlemezkeszám szaporodásával, részben a vérfehérje-fractions felvehető átmeneti változásával. Erre utalhat az a tény, hogy 4 esetben a szögezés után a vizeletben Bence—Jones fehérjéket sikerült kimutatni.

Kiemelendő, hogy a velőszögezés nélküli csonttörésekben a vérképzés izgalma utaló, fenti elváltozásokat nem találtuk meg. Azt a kérdést, hogy a velőszög csak localis vagy távolhatást is gyakorol-e, nehéz eldönteni. A bonctanilag szerteágazó, de functionalisan egységes vérképzőrendszer megengedi annak feltételezését, hogy egy tagjára gyakorolt ingerhatás az egész rendszerre kihathat. Természetesen befolyásolja ezt az egyén kora, illetőleg ezzel összefüggő csontvelői reakció-készség.

Összegezve: az aránylag kis számú vizsgálatból végleges vélemény nem mondható. Az mindenesetre hangsúlyozható, hogy pathológiai szempontból komoly ellenvetés a velőszögezéssel szemben nem merül fel. Ezt annál inkább is mondhatjuk, mert a Magdolna baleseti kórházban, Elischer igazgatófőorvos osztályán, ma már rendszeresen végzett eljárás kapcsán, eddig semmiféle komoly szövődményt nem észleltünk.

A pécsi bőr- és nemikórtani klinika közleménye.
(Igazgató: Melezer Miklós e. ny. r. tanár.)

A hurutos váladék hámsejtzárlatainak eredete és jelentősége.

Írta: Dósa András dr.

A férfi és a női nemiszervek kankós váladékában, a nagy sokszögű hámsejtek plasmaállományába zárva többen leírtak kisebb-nagyob, a vörösvérsejtek nagyságáig elérő kerek vagy tojásdad, lúgos festékkel egyneműen jól festődő, festetlen állapotban fénytörő, váltakozó számú képződményeket; ezek leginkább a mag körül helyezkednek el, nem egyszer teljesen hozzásimulva, ritkábban pedig a sejt szélén, avagy néha szabálytalanul a sejten kívül szóródnak szét. Előállításukra legalkalmasabb az elnyújtott Giemsa-festés. Sokan hámsejtzárlatnak tartják ezeket.

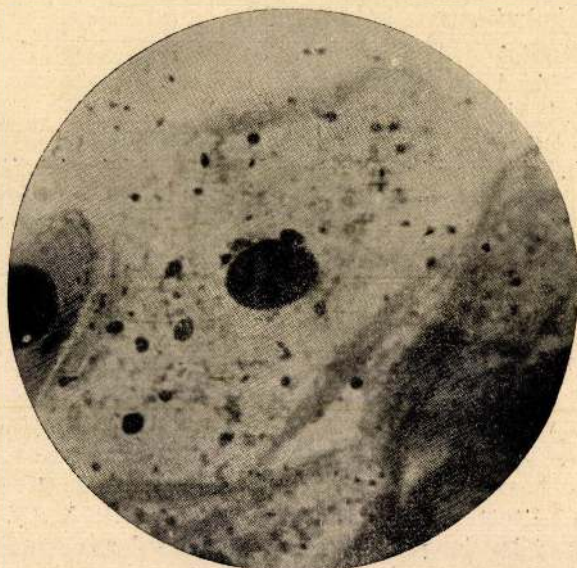
E testeket kankós váladékon kívül, ritkábban bár, de megtalálták a nemiszervek más természetű

hurutos váladékában, sőt egészségesek nyálkahártya-kaparékában is.

Leírták heveny, de főleg a férfi idősült kankós húgycsőváladékában, nő kankós húgycsőváladékában, conjunctivitis gonorrhoeicában. Újszülöttek nem kankós blenorrhoeájában, férfiak kankótáni húgycsőváladékában, továbbá egészséges csecsemők, szűzek, egészséges asszonyok húgycsőváladékában.

E testek általában nőbetegek váladékában nagyobb százalékban mutathatók ki, némelyek szerint csak nőbetegek váladékában fordulnak elő.

A kankós váladékban ritkán kankócsírával együtt is előfordulhat, de általában többek szerint akkor jelennek meg e testek a váladék hámsejtjeiben, amikor a gonococcus eltűnt a váladékból, vagy legalább is megfogyatkozott. E tényből némelyek a fertőzőképesség megállapításában is értékelhető törvényszerűséget akartak levonni. *Spitzer* a nő kankós váladékában a hámsejtek e képződményeit fajlagosnak tartja; szerinte megjelenésük és eltűnésük összefüggésben van a kankó gyógyulásával. Megjelenésükből a kankó gyógyulására lehet következtetni.

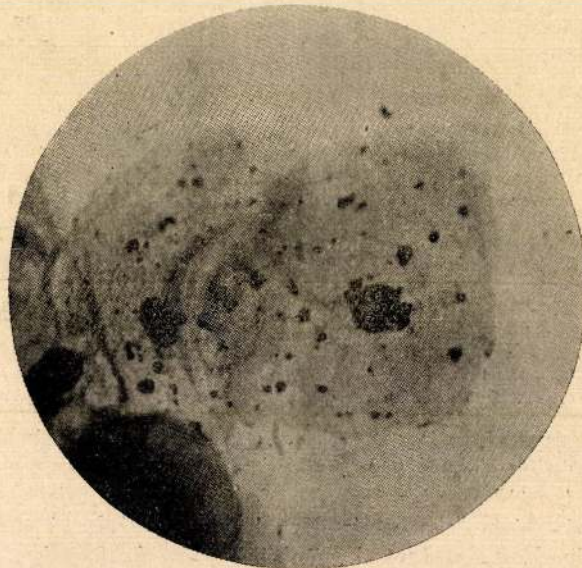


1. ábra.

Vizsgálataim első szakaszában a kérdés tisztázására számos esetben kankós és nem kankós férfiak és nők váladékát megvizsgáltam elnyújtott Giemsa-féle festéssel. A képződményeket a szerzők által leírt nagyságban és elrendeződésben valóban megtaláltam; nőbetegekben csakugyan nagyobb számban, mint férfiakban; gonococcusok társaságában azonban sohasem láttam. Mindig a kankócsírák eltűnése után jelentek meg a váladékban. Az átvizsgált kankós nőbetegeknek csak 6%-ában sikerült kimutatásuk, noha az egyes betegekből az észlelés folyamán több ízben is történt váladékvétel és vizsgálat. Férfiakban meg éppenséggel csak elenyésző számú esetben jelentek meg. Épp ezért ilyen csekély számú pozitív leletből nem lehet általános érvénnyel következtetni. Véleményem szerint a képződmények megjelenése jelentheti a gonococcusok megfogyatkozását, de nem a kankó gyógyulását, mert ezek megjelennek olyan betegek váladékában is, akiknek a váladékából a gonococcusok eltűntek, de a nemiszervek rejtettebb helyein meghúzódva még ott vannak. Számos nem kankós eredetű húgycsőváladékban, sőt ritkábban egészségesek húgycsőkaparékában is megtaláltam ezeket a képződményeket. (1., 2. ábra.)

Blaich legújabbán azt vallja, hogy a nyálkahártyafertőzés lezajlásában az epithelsejtekben keletkező globularis elváltozások gyaníthatóan kifejezői fajlagos antigen-immunbiológiai folyamatnak. Azonban ő is azt mondja, hogy a globularis reactio nem kizárólag gonococcusos eredetű. Más mikro-organismuskok is előidézhetik, melyek a nyálkahártyát megbetegítve azon visszahatást támasztanak. Szerinte kórjóslati szempontból a globulusok megjelenése a gonorrhoea lefolyásában a védekező erők megszorodását, illetve a gyógyulás kezdetét jelenti. A globulusok talán histológiai immunitásnak a jelzői a complementkötési eljárás által érzékelhetővé tehető humoral immunitásnak megfelelően. Úgy tapasztalta, hogy sulfonamidos kezelés befolyására a húgycsőben a fiatal epithelsejtek megszorodnak, miáltal talán a fertőzés ellen irányuló biológiai védekező erők is megszorodnak.

Ezek eredete és természete felől még eltérőek a vélemények. Műtermékek nem lehet tartanunk, mert megfelelő anyagban, ha már egyszer sikerült a kimutatásuk, ezeket máskor is bármikor kimutat-



2. ábra.

hatjuk. Gombák vagy bakteriumok nem lehetnek, mert nem tenyésztethetők. Némelyek úgy vélik, hogy a sejtek plazmájában felhalmozódott gonococcusokból keletkeznek. Mások szerint keratohyalinnak kell tartanunk. *Schmidt* szerint ezt nem sikerült még kellően bizonyítani.

Vizsgálataim második szakaszában éppen ezért azt szerettem volna tisztázni, hogy kimutatható-e valamilyen összefüggés e képződmények és a mag között. *Unna* vizsgálatai alapján a keratohyalint mageredetűnek kell tartanunk, mert annak három fehérjéje közül a fő alkatrészt tevő mesoplastin és globulin mageredetű. A plasmaeredetű cytose pedig csak elenyésző mennyiségben fordul elő benne. *Langerhans* és *Unna* szerint a keratohyalin először mindig a mag szomszédságában jelenik meg és különös vonzalommal viselkedik a magfestők iránt. Ha a keratohyalin mageredetű és a szóban forgó elemeket keratohyalinnak tartjuk, akkor a Feulgen-féle specifikus magfestéssel electiv módon festődniük kell. Ily módon számos készítményt festettem meg. Az eljárást a készítmény gyenge hydrolysis vezetibe. A nucleinsavból redukáló aldehid-csoportok válnak szabaddá, melyek fuchsin-kénes savval élénk-

piros színben képesek kapcsolódni. Az eljárás a thymonucleinsavat mutatja ki, a zárlatszerű képződmények lilás-vörösben festődnek, mint a mag, ami mag eredetük mellett szól.

Láng felett rögzített kikent készítményt 4 percre át hidrolizáltam 60 C fokos normál sósavban, vízfürdőben. Vízben való kimosás után 3 percig festettem fuchsinkénessavval, majd $S O_2$ tartalmú vízben három külön edényben háromszor 2–2 percig fűrésztöttem, végül kútvízben kimosam 5–10 percig.

A keratohyalin képződését általában nekrobiotikus folyamatok között sorozzuk. *Kreibich* szerint az olyan sejtek termelnek keratohyalint, melyeknek a táplálkozása csökkent.

E zárlatszerű képződmények viselkedése hasonló a tüskésréteg mélyebb rétegeiben székelő, a mag körül elhelyezkedő, először *Unna* által leírt keratohyalin szemcsékhez, melyekről *Waldeyer* bebizonyította, hogy állományuk azonos a Recklinghausen-féle hyalinnal. Ezek *Unna* szerint átmeneti, de jellemző sajátosságai a hám elszarusodásának. *Yampolski* a hurutos váladékban talált szemcséssejteket a nyálkahártya metaplasziás, kezdődő elszarusodó helyeinek tartja. *Hübner* és *Cedercreutz* azt hiszi, hogy még az embrionális időből ottmaradt laphám-szigetektől fejlődnek ki.

Véleményem szerint a nemiszervek hurutos gyulladásában a felületen erősebben elszaporodó kórokozók toxinjainak és a gyógykezelésre alkalmazott vegyszerek vegyi hatására a felületesebben fekvő hámsejtekben kisebb-nagyobb mértékben nekrobiosisos folyamat támad, mely állapot a mag eredetű keratohyalin képződésére kedvező. E folyamat egyszersmind szöveti immunitás kifejeződése is lehet. Ennek azonban a szorosabb vizsgálata nehéz, mert *Kreibich*, *Herxheimer* és *Nathan* szerint a keratohyalint szolgáltató magállományú keverék nem mindig azonos elemekből tevődik össze. Különböző tényezők által, mint a nucleolin különböző összetétele, a protoplasma-alkatrészek egyenes hatása, továbbá physiko-chemiai elváltozások mind befolyásoló mozzanatok. Ezzel magyarázható az a tény is, hogy a test különböző helyeiről származó keratohyalinok különféle chemiai sajátossággal bírnak.

A sokak által használt sejtzárvány elnevezést pedig el kell hagynunk, mert a szűrhető vírusok okozta sejtzárványokkal összetévesztésre adhatna alkalmat, holott velük semmiféle vonatkozásban nincsen.

A budapesti I. sz. sebészeti klinika közleménye.
(Igazgató: Matolay György ny. r. tanár.)

Adatok a csepleszcsevarodás kórismézéséhez.

Irta: selmeczi Pöschl Ferenc dr. egyet. tanársegéd.

A csepleszcsevarodás megállapítása nehéz és elkülönítése majdnem lehetetlen, minthogy vagy mindjárt a betegség kezdetén súlyos tüneteket okoz, úgy, hogy a beteget más sürgős műtéti javallattal szállítják intézetbe, vagy pedig jellemző tüneteket alig, vagy egyáltalán nem okoz.

J. Petermann szerint 90%-ban sérvbántalomhoz társul. Mások tisztán hasieredetű csavarodásról tesznek említést, s ennek okául a testmozgás különböző fajtáit említik. Szerintük a csavarodás annál könny-

nyebben áll elő, minél mozgékonyabb a cseplesz, és minél tömöttebb szövetű. Ezért tehető fel a meg-nagyobbodott és elfajult, vékony kocsonyán lógó cseplesz, mint egyik okozata a megcsavarodásnak. A cseplesz megvastagodásának, elfajulásának idült hasúri gyulladás lehet okozója, mint pl. lezajlott féregnyulványgyulladás, ovarialis tömlő, a gyakran visszahelyezett sérv, esetleg fokozott bélműködés és hasúri gyulladás lezajlása után a két pont között rögzített cseplesz megcsavarodását a peristaltika is okozhatja.

Payer szerint okozója lehet a megvastagodott és elfajult cseplesz, ha nagyságához képest elvékonyodott száron függ s a benne levő lüktetőerekben, gyűjtőerekben a véráramlás pang, a gyűjtőerek természetesen spirális elhelyeződésre törekednek, és megcsavarhatják a csepleszt. (Hämodynamikus elmélet.)

Okául leginkább a mechanikus okot fogadjuk el. Mint már fent is említettük, a rögzített cseplesz, pl. sérv esetében, ha egyik végén a sérvkapuhoz lenőtt, a gyakori visszahelyezés miatt mechanikus behatásra megcsavarodik.

Tünetei nem jellegzetesek. Néha hirtelen keletkező fájdalom főleg a has jobb oldalában, hányás, hashártyaizgalom, erős bélgörcsök, ileus-tünetek fedik a csepleszcsevarodás képét. A hőmérséklet nagyobb, de az érverés rendes. A fehérvérsejtszám alig, vagy egyáltalán nem változott. Tünetcsoportjának hasonlósága miatt gyakran téves kórismével — idült féregnyulványlob, cysta, ileus, — kerül a beteg az intézetbe, és a csepleszcsevarodás csak műtét közben válik ismertté. Az esetek igen nagy számában mint különálló betegség nem fordul elő. Tüneteket még néhány tengelykörű fordulatig sem okoz, egészen addig, amíg a megcsavarodott csepleszben keringési zavar nem áll elő. A has áttapintásakor kistokú izomvédekezést találunk, mely azonban a betegség kezdetén nincs meg mindenkor. A már említett tünetek rendszeren a második, harmadik napon jelentkeznek, amikor a csepleszcsevarodás már hashártyaizgalmat támasztott. Ha a has áttapintható, akkor a megcsavarodott csepleszt, mint daganatot észleljük. A tapintott daganat nyomásra érzékeny, sőt rendkívül fájdalmas is lehet. A kór-előzményben olykor a beteg által fontosnak égváltalában nem tartott tünetek, mint pl. erősebb bél-göres jól értékelhető a kórisme felállításában. Minden esetben a hőmérséklet növekedése — telt, szabályos érverés mellett — adhat támpontot a csepleszcsevarodás kórisméjéhez és így ezt mint egyik irányadó tünetet fogadjuk el.

Kórbonatanilag azt látjuk, hogy vannak esetek, ahol aseptikus elhalás támad a pangó csepleszben klinikai tünetek nélkül és ilyenkor csak a műtét közben a hasüreghen kibuggyanó vörhenyes savó figyelmeztethet az esetleges csepleszcsevarodásra. Minthogy a megcsavarodott csepleszben vizenyő, vérzés, keringési zavar keletkezik, a csavarodást legtöbbször hamarosan elhalás követi. Igen fontos és a betegség kórlefolyására döntő hatású a jelenlévő bakteriumflóra.

Állatkísérletekkel igazolták a csepleszcsevarodás élettani okait, kórbonctani és bakteriologiai vizsgálatokat végezve állapították meg, hogy a csepleszcsevarodás általánosságban a harmadik napon válik kritikussá, a fent említett kórbonctani okok

AZ ORVOSI GYAKORLAT KÉRDÉSEI

Szerkeszti: MILKÓ VILMOS dr. egyetemi rk. tanár, közkórházi főorvos

Akik combnyaktörésükkel járkálnak.

A combnyaktörést igen gyakran a nagy tomporraesés okozza. Ilyenkor ez a törés túlnyomóan összenyomódásos eredetű és így ugyanaz az erő, mely a csontszecskék összefüggését megszakítja, egy-szersmind egymásba is nyomja őket. Azért olyan gyakori a beékelődés combnyaktörések esetében. Mindenesetre sokkal gyakrabban jó létre, mint ahányszor szemünk elé kerül. Ugyanis midőn az ilyen beteg a sérülés után lábra próbál állni, a lazán egymásba ékelődött törési végek a testsúly behatására szétválnak és eltolódnak egymás mellett.

Vannak azonban egészen kivételes esetek, midőn a beékeltség olyan erős, hogy a test súlyát is elviseli. Az ilyen betegek valahogy nagy kínosan járnak is tudnak. Ezek az esetek zavarbahozzák az orvost, aki megszokta, hogy ha combnyaktörésben szenvedő egyénhez hívják, azt az ágyban fekvő találja és így az olyan betegről, aki a maga lábán jár, fel sem tételezi, hogy a combnyaka el lehet törve. Zúzódnak fog tehát kórismézni, a szerint rendel és a betegnek megengedi a járkálást, ami viszont fenntartja a panaszokat: a betegnek állandóan fájdalmai lesznek és sántítani fog.

Erre példa az az eset, melyhez f. évi július 6-án hívtak. 63 éves nő; 14 nap előtt megsúszott alatta egy kis szék, ő leesett és jobb csípőjét megütötte. Azóta jobb csípője fáj. Két orvos is látta, akik rándulást állapítottak meg. Fájdalmai azonban sem szüntek meg, sőt az utolsó napok folyamán inkább erősödtek és különösen járás, leginkább pedig felkelés alkalmával jelentékenyek, a térdbe is kisugárzó. Néhány év előtt sokizületi csúzon ment át, mely kezén súlyos nyomokat hagyott, azóta térdei is fájnak, de ilyesféle fájdalma, amilyent most érez, csak az esés óta van.

Vizsgálat alkalmával feltűnik a jobb comb erős kifeléfordulása és mérsékelten közelített helyzetben tartása. Erősebb távolítás kísérlete fájdalmas, viszont a csípőizület hajlítása, feszítése teljesen szabad. A *Poupart*-szalag közepe alatt a combon erős nyomásérzékenység, a tompor ütögetése, a térdnek a csípő felé nyomása viszont nem vált ki fájdalmat. Mindkét térd duzzadt, hajlítása kissé korlátolt, mozgás alkalmával recsegés. Rövidülés nem mérhető.

E lelet alapján beékelte combnyaktörést vettem fel és a júl. 7-én megejtett röntgenvizsgálat a feltevést teljes mértékben igazolta. A beteget lefektettem, combját naponta 12–14 óra hosszat lehetőleg távolítva tartotta. A nappalokat ágyon kívül ülve töltötte — persze, nem lépett a lábára; kiemelték az ágyból és visszatették oda. Naponta kétszer negyedórás mozgási gyakorlatokat (csípő és térd hajlítása és nyújtása) végzett. Ezt augusztus közepéig csinálta. Ekkor felkelt és úgyszólván rögtön igen szépen, minden bicegés nélkül járt. Bot nélkül is jól tudott járni. A fájdalmak már a lefektetés után néhány napra megszűntek és felkelés után sem tértek vissza. A szept. 7-én készített röntgenkép szerint a callusképződés kitűnő, a combnyak területének mérséklése jó.

Ugyancsak ez év júliusában felkeresett egy 50 éves vidéki kolléga azzal, hogy 6 hét előtt a műtőben megsúszott. Nem esett el, de a baleset folyamán bal combja erősen távolított helyzetbe került. Valamelyes fájdalmat érzett, de ez nem zavarta különösképpen, úgy hogy rögtön folytatta munkáját. Ez idő óta azonban sántít és ez a sántítás folyton-folyvást fokozódik. Otthon megröntgenezték, de a röntgenkép semmi kórosat sem mutatott. Vizsgálat alkalmával a legfeltűnőbb a bal comb kifeléfordult állapota volt, a távolítás kissé korlátolt, a bal far kissé sorvadott. Már az imént említett esetből kifolyólag is combnyaktörésre gondoltam, de érzékenység sem a *Poupart*-szalag alatt gyakorolt nyomással, sem a tompor, sem a térd tájára való ütögetéssel sem volt kimutatható. Mégis megröntgeneztettem. Az igen kitűnő röntgenes, akihez küldtem, azt telefonálta, hogy semmi kórosat sem talál. A képet magam nem láttam, a kollégát sem többé, csak telefonon ajánlottam neki, hogy kérdezze meg valamelyik orthopédet. Ő *Fischer Ernő* dr.-hoz fordult, aki a neki is bemutatott röntgenfelvételeken (közben a beteg az egyik klinikán is járt, ahol szintén nem találtak nála kóros elváltozást) valami csekély szerkezeti zavart látott a combnyak subcapitális részében és ezért különböző combtartásokban újabb röntgenfelvételeket készíttetett. Ezek azt mutatták, hogy a combnyak subcapitalis részében finom repedés van, mely megszakítja a csont kérgét és fele vastagságig behatol a csont állományába. Lefektette a beteget, aki hatheti fekvés után teljesen meggyógyult; fájdalma és sántítása teljesen megszűnt.

Az irodalomban esik szó arról, hogy egyes ritka esetekben combnyaktörésben szenvedő egyének fennjárnak, de gondoltam, nem árt, ha erre a kevésbé ismert lehetőségre felhívom kartársaim figyelmét. A tanulság, melyet ezen esetekből meríthetünk: combnyaktörésre gyanús esetben akkor se mulasztuk el a röntgenezést, ha az illető fennjár, sőt mint a kolléga rendkívül ritka esete mutatja, a röntgenezést megfelelő helyzetekben meg is kell ismételni, ha az első felvétel nem adott kellőképpen megbízható felvilágosítást.

Pólya Jenő dr. egyet. rk. tanár.

Háborús agysérülések ellátása és a primaer sebzés.

Az agysérülések haretéri ellátása a múlt világháború kezdetén még meglehetősen tartózkodó jellegű volt. Kellő tapasztalat hiányában és a kezdetleges szállítási viszonyok miatt számos agysérült már csak elkésve, irreparabilis szövödményekkel (általános agyhártyagyulladás, agytályog, prolapsus cerebri stb.) került a műtő kése alá. A halálozás ennek megfelelően igen nagy volt, helyenkint a 60–80%-ot is elérte. A rossz eredmények miatt később mindinkább felülkerekedett a radikális irányzat, aminek alapvetését abban foglalhatjuk össze, hogy minden agysérüléssel szövődött koponyalövésees sérültet lehetőleg korán meg kell operálni, mert a fertőzéses és egyéb szövödményeknek csak így lehet útját állni. Ez az

álláspont, mely már az első világháborúban is lényegesen megjavította a gyógyulási arányszámot, a jelen háború folyamán általános érvényre emelkedett. *Guleke*, a legkiválóbb német agysebészek egyike 1942 november 11-én tartott összefoglaló beszámolójában kimondta, hogy minden háborús agysérülést, tekintet nélkül a külső seb alakjára, nagyságára és elhelyezésére, a seb fertőzöttségére, valamint az agyelőesés jelenlétére vagy hiányára a sérülés utáni első két napon belül meg kell operálni. E szabály alól legfeljebb olyan apró szilánksérülések esetében tehetünk kivételt, ahol az agynyomás nem fokozódott, bár a késői agytályog lehetősége miatt még ilyenkor is nagy óvatosságra van szükség.

A műtét technikája aránylag egyszerű, úgyhogy szükség esetén kevésbé gyakorlott sebész is elvégezheti. A rongoslt, szennyezett bőr és bőr alatti lágyrészek gyökeres kimetszése után a csontsebet megtágítjuk, a kemény agyburok sebszéleit felfrissítjük, majd a zúzott agyrészeket az agy állományba sodort csontszilánkokkal, idegentestekkel (szenny, ruhafoszlányok, lövedékdarabok, stb.) együtt a lehető legtökéletesebben eltávolítjuk, mert benthagyott idegentestek reactionmentes begyógyulására csak egészen kivételes esetekben lehet számítani. E művelet alkalmával, különösen, ha megfelelő hordozható röntgenkészülékünk nincs, legtöbbször kénytelenek leszünk az agyállományt ujjunkkal is kitapogatni. Ebből azonban, ha a vizsgálat kellő kíméllettel történt, baj nem származik.

A leírt műteti beavatkozást, ha nincs lehetőség arra, hogy a sérült hamarosan megfelelő, teljes felszerelésű kórházba (agylövési különkórház) szállíttassék, már az elülső hartiéri egészségügyi alakulatokban el lehet és el is kell végezni, mert a 48 órán túl végzett agyműtétek eredménye nagyon rossz. (Lippay.)

Az eredmények természetesen sokkal jobbak az arcvonal mögött fekvő kórházakban, ahol teljes nyugalomban, tökéletes asepsissel lehet dolgozni s ahol az agysérülések ellátásához szükséges összes segéd-eszközök (röntgen, szívókészülék, specialis műszerek, stb.) rendelkezésre állanak. Így Mackh 327 esetre vonatkozó anyagában a halálozás csak 15,5% volt, szemben a mozgó háborúban operáltak 35%-os mortalitásával. A jelen világháborúban az eredmények javulását bizonyára előmozdította az a körülmény, hogy az agysérültek jó részét sikerült kellő időben repülőgépen ilyen tökéletesen felszerelt, gyakorlott agysebész vezetése alatt álló speciális kórházba szállítani, ahol nemcsak a műtétet lehetett ideális viszonyok között végrehajtani, de biztosítva volt a sérültnek műtét utáni hetekig tartó abszolút nyugalma is, ami az agysérülések zavartalan gyógyulásának egyik legfontosabb feltétele.

Az agysérülések kezelésében további fontos vívmányt jelent a sulfonamid készítmények prophylaktikus és műtét utáni alkalmazása. Nagyon valószínű, ha számszerűen talán ma még nem is igazolható, hogy a meningitisek számának feltűnő csökkenése és a már kifejlődött gennyes agyhártyalobok kedvezőbb lefolyása az esetek egy részében sulfonamidhatásnak tulajdonítható.

Összefoglalva az elmondottakat: a kellő időben és alapossággal végzett műtét (bőséges sebkimetszéssel, feltárással, életképtelen szövetroncsok és idegentestek maradéknélküli eltávolításával), a műtét utáni abszolút nyugalom és gondos utókezelés (szükség esetén sorozatos lumbalpunkciók), valamint a sulfonam-

idek adagolása azok a tényezők, melyek a háborús agysérülések gyógyulására kedvező feltételeket teremtvén, az előbbi magas halálozási számot lényegesen leszállították.

Még egy körülmény van, aminek a háborús agysérülések kedvezőbb gyógyulásában fontos szerepet kell tulajdonítani és ez a műteti sebnak elsődleges, drainezés nélküli teljes elzárása. Régebben a lőtt sebek teljes bevarrását, egyes áthatoló mellkasi sérülések kivételével általában műhibának, sőt valóságos szentségtörésnek tartották. Abból indultak ki, hogy minden lőtt seb már elsődlegesen fertőzött s így a rongoslt szövetekből származó gennyedésnek, a holt üregekben meggyülemelő bomlott vérnek és fertőzött sebváladéknak levezetéséről okvetlenül gondoskodni kell.

Újabb időben a drainezés kérdésében általában szabadabb felfogás tört utat, s így ez a dogma is megdőlt. Langenbuch már 1912-ben javasolta az agysérülések primaer varrattal zárását, de követői nem akadtak. A kérdést tulajdonképpen az első világháború vetette újra felszínre, amikor Bárány Róbert, a fülszét Nobel-díjas upsalai tanára kedvező háborús tapasztalataira támaszkodva, nagy erővel szállt síkra ezen eljárás érdekében. Bárány ajánlata eleinte kevés rokonszenvvel találkozott és sok heves vitára adott alkalmat. A budapesti Orvosegyesületben is, ahol Bárány e kérdéstről 1917 február 11-én előadást tartott, Manninger kivételével az összes hozzászólók abszolút elutasító álláspontra helyezkedtek.

Amint azonban ez már oly sokszor előfordult, itt is a történt, hogy a gyakorlat rácaffolt az elméletre. A jelen világháború tapasztalatai megmutatták, hogy a primaer sebzárás, ha azt megfelelő kritikával, alkalmas esetben végzik, távolról sem olyan veszélyes, mint ellenzői állították, mert a fertőzéssel, ha a műtét idejekorán a fent leírt módon történt, a szervezet megbirkózik. A legtapasztaltabb agysebészek véleménye ma az, hogy a primaer varrat nemcsak jogosult, de feltétlenül ajánlatos is minden oly agysérülési esetben, ahol súlyosabb fertőzések tünetek nincsenek és a sérülés óta 48 óránál hosszabb idő nem telt el. E szerzők tehát Bárány eredeti javaslatán már túl is mentek, mert ő annyira óvatos volt, hogy a primaer varratot csak a 24 óránál nem idősebb sérülések esetében merte ajánlani.

A primaer sebzárás fel nem hecsülhető előnye, hogy a normalis koponyaűri nyomást többé-kevésbé helyreállítva, a másodlagos fertőzést megakadályozza és a gyógyulási időtartamot tetemesen megrövidíti. Természetes, hogy elhanyagolt esetben, nyilvánvalóan súlyos fertőzés mellett ma is drainezniünk kell, mert különben rossz eredményeink lesznek, amik az egyébként értékes eljárást csak diszcreditálják. Az is nagyon lényeges pont, hogy a varratot lehetőleg sűrűn, több rétegben végezzük. Ha a durahány nagy, ezt B. ajánlatára pótolhatjuk fascia lata átültetéssel, de ez már körülményesebb eljárás és nagyobb fertőzési lehetőséget ad. Célszerűbb tehát ily esetben a dura pótlásáról vagy egyesítéséről teljesen lemondani és csupán a galea aponeurotica és bőr varratára szorítkozni.

Ha a fentiekben az agysérülések primaer varratának kérdésével kissé részletesebben foglalkoztam, ennek egyik oka az volt, hogy rámutassak a magyar származású Bárány Róbertnek e téren kifejtett úttörő munkásságára, aki ezen eljárás jogosságát éveken keresztül számtalan előadásban és közleményben hirdette.

Az idevonatkozó irodalomban ma is sok szó esik az agysérülések primaer zárásáról, de Bárány nevét ezzel kapcsolatban csak elvétve és más szerzőkkel együtt említik. Lehetséges, hogy a primaer varratot B. előtt vagy vele egyidejűleg szőrványosan mások is alkalmazták, de hasonló szívóssággal és következetességgel senki sem propagálta. Kétségtelen tehát, hogy e nagyjelentőségű újítás meghonosításában a prioritás őt illeti meg, amit a történeti igazság érdekében szükségesnek láttam megállapítani.

Milkó Vilmos dr.,
egyet. c. rk. tanár,
szföv. közkórházi főorvos.

Ingertherapia kiütéses typhusban.

Az olyan betegségek gyógyításában, melyekben nem áll rendelkezésre vagy nem kielégítő hatású a fajlagos kezelés (allergiás és egyes fertőző betegségek), egyre kiterjedtebben alkalmazzák a szervezet áthangolását vagy védekező készségének fokozását célzó ingerkezelést.

A kiütéses syphus fajlagos gyógyítása bár a kórokozó csaknem három évtizede ismeretes, még nem haladt előre a gyakorlat számára kívánatos mértékben. Az újabban ajánlott reconvalescens-savó, még inkább a vérátömlesztés biztató eredményűnek látszik. Gyakorlatilag el nem hanyagolható hátrányuk azonban, hogy hadműveleti területen nem mindig alkalmazhatók. A tábori egészségügyi intézetek nem egyszer szerény felszereléséről van ugyanis szó, ahol még ezenfelül egy orvosra nagyobb járvány idején akár száznál több súlyos beteg is eshet. Érthető, hogy a legszükségesebbekkel ellátásuk is igénybe veszi orvosuk egész munkaidejét. A kényszerítő körülmények miatt tehát előfordulhat, hogy le kell mondanunk a fajlagos gyógykezelésnek ezekről a hasznosnak ígérkező eszközeiről.

Világos tehát, hogy a kiütéses typhusban is a nem fajlagos eszközökkel próbáljuk a szervezet védekezését specifikus ellenanyagok fokozott termelésére serkenteni. Ilyen kísérlet volt az egyéb fertőző betegségben is ajánlott, de a kiütéses typhusban is alkalmazott sajátvérkezelés. Technikája kétségtelenül egyszerűbb, mint a transfúzióé. Tapasztalataink szerint azonban, sajnos, a vázolt körülmények között ez sem volt keresztülvihető minden esetben.

Ezért gondoltunk arra, hogy könnyen kezelhető, ampullákban forgalombahozott hasonló hatású valamelyik bacteriumproteinmel tegyünk kísérletet. Ezek közül az *Omnadin* állott rendelkezésünkre. Az ilyen készítményeknek megvan az a tábori körülmények között nem kis előnye is, hogy nem kell annyira számolnunk az izomközi befecskendezés elgennyesedésével, mint a vér befecskendezése esetében, amely jó táptalaj lehet az esetleg bejutó bacteriumok számára.

Az *Omnadin* kezelés mellett természetesen gondunk volt a kiütéses typhusban közkeletű nem fajlagos és tüneti kezelésre is.

Összesen 64 klinice és Weil-Felix reakcióval is diagnosztizált betegünknek adtuk az *Omnadin*-t másodnaponta; eleinte csak 2 ampullát. Nem tapasztaltunk semmiféle mellékhatást vagy lázemelkedést, úgyhogy 3 amp. (6 cm³)-ra tértünk át. Ilyen ada-

golás mellett is csak egyetlen esetben láttunk néhány tized fok hőemelkedést. Adagolása után a következő megfigyeléseket tettük: Majdnem minden esetben csökkent a láz. Ez a lázcsökkenés 2 amp. után az injectiót követő napon 1–1.5 fok volt. Az első, néha további befecskendezések után is ezt még újabb emelkedés követte, úgyhogy a görbén kis »teknő« keletkezett, de rendszerint a harmadik injectió után eléggé meredeken esett le a láz 37° alá. Volt természetesen néhány elhúzódó lázú betegünk is.

Ha 3 amp.-t adtunk, még aznap feltűnő kritikus esést figyelhetünk meg, mely 1.5, 2, sőt 2.5 fokot is kitett. Ezzel a meredek hőeséssel collapsusszerű állapot nem járt, igaz, a betegek bőségesen kaptak keringésvajító szereket. Az újabb hőemelkedés sohasem érte el az előző magasságot.

Ha összehasonlítást akarunk tenni a láztalanodás időtartama szempontjából, tisztában vagyunk azzal, hogy nem léphetünk fel quantitativ eredményszámítás igényével. Először is a láz kezdetét a beteg előadásából vettük (a kórházba rendszerint már lázasan érkeztek) s ezt ellenőrizni csak a klinikai képből (kiütések megjelenésének idejéből) tudtuk. Azután a kezelést igen különböző számú lezajlott lázas nap után tudtuk csak elkezdni. Nem is említve azt, hogy ilyen számításához még nagyobb beteganyag szükséges.

Mégis az a benyomásunk, hogy az *Omnadin*-kezelés a lázas szak megrövidítésére is hat. Ezt különösen néhány korán kezelésbe vett eset mutatta. Durva átlagszámítás szerint 11.2 napot kaptunk 15.5-el szemben tájékoztatónak. Ugyanez tűnt fel az idegrendszeri complicatiókkal járó esetekben, amelyek még inkább elhúzódók, még kevésbé befolyásolhatók. A láztalanodással együtt járt a betegek subiectiv javulása, a kóros tünetek (keringés, központi idegrendszer stb. részéről) gyorsabb visszafejlődése, általános erőállapotuk gyors gvarapodása. Csupán két betegünk halt meg: az egyiknek a boncolás szerint a IV. agykamrába volt vérzése, másiknak diffús, confláló bronchopneumoniája. A kontrollcsoportban is ketten haltak meg.

Nem akarjuk az észleleteinkből levont következtetéseket kritika nélkül elfogadhatónak mondani. Ami a lázgörbék viselkedését illeti ugyanis, megfigyeltek spontán krízisszerű lázesést is. Ilyent, vagy inkább nagyobb intermissiókat főleg tüdőszövődményekben lehet látni. Az *Omnadin* nélkül kezelt betegcsoportban legtöbbször lytikus lázesést figyeltünk meg. Ezzel szemben *Omnadin*-nal kezelt betegeink lázgörbéje enyhén lytikus, vagy éppen constans magasságból csapott át kritikus esésbe. Ez a kép annál meggyőzőbb volt, mert betegeink egy része különböző időtartamú lázas szak után jutott az *Omnadin*-hoz. Továbbá szinte matematikai összefüggés látszott az adag és a hőcsökkenés nagysága közt.

Másik fontos megfigyelésünk a lázas szak megrövidülése volt. Ez az eredmény is csak nehezen értékelhető, mert betegeink a kórházba rendszerint már lázasan érkeznek s az első lázas nap megállapításában a beteg előadására vagyunk utalva. Bizonyos gyakorlat után azonban a klinikai képből (a kiütések megfigyeléséből) ezt ellenőrizni tudjuk. Helytálló volna továbbá az az ellenvetés, hogy olyan könnyebb esetekkel volt dolgunk, amelyek kezelésünk nélkül is láztalanok lettek volna ugyan-

annyi idő alatt. Ezzel az érvvel azonban szembe kell állítanunk azt a körülményt, hogy eseteink két-harmadában tüdőcomplicatio szerepel (bronchopneumonia, súlyosabb bronchitis), mintegy 10%-ban pedig szövődmény a központi idegrendszer részéről. (Az aluszékonyságot, nagy fejfájást nem is számítottuk ide!) Ezek a szövődmények természetesen el szokták nyújtani a lázas periódust. Megemlítjük, hogy a szövődmények száma a controllesoportban is kb. így oszlott meg. Feltűnő volt a különbség éppen az idegrendszeri complicatiókkal járó esetekben. Azt láttuk ugyanis, hogy a controllesoportban 18–20, sőt esetenként még több napig is elhúzódott a lázas szak, míg az Omnadinnal kezeltékben 16 nap volt az átlag, de volt olyan — a liquorban sok fehérjét mutató, magas liquornyomású — esetünk is, amely 11 nap alatt vált láztalanná. Megjegyezzük azt is, hogy a láz többször már a kiütések eltűnése előtt esett le.

Még egy felmerülő kritikai kérdésre kell válaszolnunk: nem tulajdoníthatók-e eredményeink más párhuzamosan végzett kezelésnek? A szokásos hőcsökkentő, keringésvajító szerek, de még az Ultra-septyl-Atebrin kezelés sem jöhet számba, sem az eddigi közlemények, sem a magunk előzetes megfigyelése alapján. Egyedül a *Füsth*y által bevezetett erőlyes C- és B-vitamin kezelés jöhetne itt tekintetbe, amit betegeink egy része párhuzamosan meg is kapott. Erre egy közlés alatt álló összefoglaló beszámolóinkban még ki fogunk térni, most csak annyit említnünk meg róla, hogy noha ez a kezelés önmagában is hasonlóan hatásosnak mutatkozik, már csak a lázgörbe más típusa miatt sem téveszthetjük össze az Omnadin-hatással.

Mindenesetre, ha megfigyelt eseteink száma talán elég tekintélyes is, nem akkora, hogy exact módon eldönthetné mekkora szerepe van az eredmények alakulásában a véletlennek.

Egy eléggé objectívnek mondható észlelésünk szól azonban amellett, hogy az injectióval kapcsolatos lázesés mégsem a véletlennek tulajdonítható. 16 esetben végeztünk az Omnadinnal kezeltéken másodnaponként Weil-Felix próbát. Az agglutinációs titer eléggé kifejezett ingadozását kaptuk eredményül, emelkedő tendenciával. Megjegyezzük, hogy általában alacsony értékek fordultak csak elő.

Ha nem is kaptunk szabályos görbében kifejezhető változást, mint talán várni lehetett volna, mégis arra enged következtetni ez a megfigyelés, hogy az Omnadin belenyúlt a szövetekben végbemenő ellenanyagképzés folyamatába, noha a vérpályán az agglutininek tükre nem változott egyöntetűen. A szerzők szerint nem is kell okvetlenül párhuzamoságnak lennie a proteus X 19 bacillust agglutináló anyagok és a valódi ellenanyagok, még kevésbbé pedig a tényleges immunitás között.

Mindezeket összevéve, azt a benyomást kaptuk, hogyha technikailag nem vihető keresztül hasznosabbnak ítélt eljárás (reconvalescens savókezelés, vértransfusió vagy sajátvérkezelés) haszonnal alkalmazhatjuk kiütéses typhusban is a praktikusán kezelhető (ampullákban forgalomba hozott) ingerterápiás bakteriumprotein készítményeket. Kíváncsún várjuk tehát adandó alkalommal ilyen helyzetben azok még szélesebbkörű kipróbálását.

Gyulai Ernő dr. o. zászlós,
(105. táb. kórh.)

Orvostörténeti jegyzetek.

Deák Ferenc betegsége. Deák Ferenc fiatal korában hatalmas erejű, izmos férfi volt. Állítólag csupán Wesselényinek volt nagyobb testi ereje, mint neki. Erős, fejlett, széles vállai voltak, melyek (mint Eötvös Károly mondja) a világot emelő Atlasznak is becsületére váltak volna. A nők iránt nem volt valami nagy vonzódása, nem is nősült meg soha. Az volt a nézete, hogy a becsületes ember megházasodik, az okos ember nem. Igen mértékletes volt egész életében. Kevésbet evett s naponként csak egyszer. Soha semmiféle szeszest italt nem ivott; a dohányzás volt egyetlen szenvedélye. Utolsó nagy beszédét 1873 jún. 28-án tartotta a képviselőházban. Ekkor már beteg volt. Szinte sutogva beszélt s folytonos nehéz légzés, fuldokló csuklás, köhögés szakgatta félbe nagyon gyakran a beszédjét. Szívujja már az 50-es években sok szenvedést okozott neki s hiába kérte ki *Skodának* tanácsait. 1862-ben kinos »szívgörese« fogta el a képviselőházban. Ez év nyarán Táplánfájára ment látogatába s ott is oly erős rohamot kapott, hogy elájulva összeesett, eszméletlenül elterülve a padlón. A házbeliék rögtön beadtak neki egy jó nagy adag *roberti*át, melyet Deák azelőtt is szokott volt használni. Az utolsó két nyarat a városligeti Schwarzwilában töltötte, a Nedeczky-családnál. A levegő itt jót tett neki, ámbar a keserves asztma miatt mindig karosszékekben kellett aludnia. Ilyen karosszéket többet is csináltatott, mert apja és Antal bátyja is szívhajos volt s azt hallotta, hogy az ilyen betegek, mikor már a haj elhatalmasodik, se feküdni, se állani nem tudnak s még legkisebb a szenvedésük, ha karosszékekben ülnek. Ágyban már csak akkor feküdt, mikor 73 éves korában holtan fektették bele. Orvosa *Kovács Sebestény Endre* volt; ő már a vízkórságot is konstatalhatta. Orvos- és patika *nem csekély* költségebe került: »Hetenként 26 forintba kerül orvosoltatásom, *nem győzöm*«, — szokta mondogatni környezetének. Január 28-án (1875) alkonyatkor több ízben hörögött, mintha mondani akarna valamit; Széll Kálmán úgy vélte, mintha azt mondta volna Deák: »Emeljetek föl.« Fel is emelték, de ez fájdalmat okozott a betegnek. Ismét hörögött; az ápolónő szerint Deák kinosan azt mondta: »Megfulladok.« (Ez volt utolsó szava.) Holttestét Scheuthauer Gusztáv, az egyetem kórhosztanára boncolta és balzsamozta be; a tőle kiállított boncjegyzőkönyvet már más helyen (Magyar Orvosi Emlékek, I. 367.) közöltem.

MKGy.

Kérdés — Felelet

Kérdés: Betegem 32 éves, 7 évvel ezelőtt született, az akkor vizsgálatot végző tanár szerint minimális háromhetti túlhordás volt. Azóta a beteg állandóan hízik, erős fejfájásai vannak és menstruációja bár rendes időben megjön, de csak 1–2 napig tart és legtöbbször csak kevés húslészerű vérzéssel jár. Ez idő alatt több szakember vizsgálta és rengeteg Hogivált, B-vitamint és hasonló hatású szereket kapott. Négy hónappal ezelőtt 4. hónapban spontán ab. Azóta a vérzés bőséges. Október 11-én végzett hormon tükörvizsgálat eredménye 35 egység folliculushormon és 5 egység prolán volt. Panaszai változatlanul fennállanak.

Milyen gyógykezelés lenne helyes?

Sz. I. dr.

Felelet: Mivel a panaszok középpontjában a betegnek állandó hízása van, a pajzsmirigy elégtelen működésére is lehet gyanú, annál is inkább, mivel hypomenorrhoeás tüneteket ez is okozhat. Ezért az alapanyagcsere megvizsgálása ajánlatos és ha ennek alapján a pajzsmirigy működésében elváltozás található, megfelelő kezelést kell alkalmazni. Emellett tüszőhormon adagolása is célszerű.

Burger prof.

miatt, de lefolyása mindig a társult szövödménytől függ (pl. sérv). Ezért fontos a kórismézésben a beteg panaszai alaján a betegség kezdetének napját megállapítani. *Scalone* állatkísérletei alapján nem tartja lehetségesnek és tisztázottnak a *Payr*-féle haemodynamikus elméletet többszörös megcsavarodás esetében. Továbbá minthogy vizsgálataiban az esetek legnagyobb részében sérvvel társult csepleszcavarodást talált, a korai műtétet javallja a fentiek alapján. Sérvvel társult bizonytalan hasi tünetek esetében, ha a legkisebb gyanúok felmerül csepleszcavarodás jelenlétére, oprálnunk kell, mert a műtéttel még lázas állapotban sem kockáztatjuk betegünk életét, ha kórisménk téves volt is a csavarodást illetően, viszont csepleszcavarodás esetében betegünk élete a műtét korai elvégzésétől függ.

Gyógykezelésére nézve egyöntetűek a vélemények s a korai műtét az elfogadott, mely a beteg cseplesznek az épben való csonkolásából, továbbá a társult szövödménynek (sérvnek, cystának stb.) gyökeres műtéti ellátásából áll.

Klinikánk beteganyagában eddig négy csepleszcavarodási esetünk volt. Érdekes, hogy az első három eset három hónap leforgása alatt került klinikánkra. Három esetünket *Czirer* 1928-ban ismertette, ezért azokat részletesen nem közöljük. Két esetben lágyéksérvvvel szövődött csepleszcavarodást találtunk, egyben pedig féregnyulványgyulladással társult és betegünket orvosa heveny féregnyulványgyulladás kórisméjével szállította klinikánkra, ahol a műtét előtt a beteg állapota, valamint a klinikailag jellemző féregnyulványlob és a fokozott fehérvérsejtszám miatt az elkülönítő kórismézés nem volt lehetséges.

Három esetünk után tíz évvel később került hozzánk negyedik betegünk:

P. I. 66 éves, jól táplált és fejlett férfi. Kb. 20 éve kétoldali diónyi-tojásnyi lágyéksérve van, melyeket naponta könnyedén visszahelyezve, sérvkötővel rögzített. Hivatásának ellátásában sport közben sérvei nem okoztak panaszt. Beszállítása előtt két nappal borzongása volt.

Hőmérséklet: 37.2. Jobb hasfelében kistokú húzófájdalmak. Tünetei másnap sem szűntek, jobboldali lágyéksérve egyharmadával megnövekedett, visszahelyezésre kistokú bélgörcs volt, melynek nem tulajdonított jelentőséget. Délután 38.2-ig nőtt hőmérséklete. Orvosa a jobb lágyéksérvtől a küldők felé húzó, nyomásra érzékeny daganatot tapintott. Erverése: 72. Fvs: 7.400. Klinikánkra szállította a beteget.

Jobb inuinalis metszésből helyi érzéstelenítésben feltártuk a sérvet. A tömlő megnyitáskor egy kevés vörhenyes savó ürül. A sérvkapuhoz lenőve, szederjes csepleszrészt találunk. Bóditásban hasmetszés a közep-alban. A cseplesz egész terjedelmében hossztengele körül számtalanszor megcsavarodott, szederjes, vízenyős, duzzadt. A hasüregből kb. fél liter vörhenyes savó ürül, bakteriologailag negatív. A harántvastagbél alatt kb. három harántujnyira a cseplesz alig hüvelykujj vastagságú köteggé keskenyedett. A sérvkapuba lenőtt ceruzavastagságú alsó részt átvágva, az egész csepleszt csonkoljuk, mely tizennyolcszor volt hossztengele körül megcsavarva. Réteges elsődleges sebzés. A jobboldali lágyéksérvet Bassini-műtéttel elsőlegesen ellátjuk. Sima, zavartalan sebgyógyulás után betegünk a 16. napon egészségesen távozott.

Minthogy a csepleszcavarodás bizonytalan hasi tüneteket okoz, a kórelőzmény részletes megvizsgálása és a betegség kezdetének megállapítása igen fontos a műtét időpontjának megválasztása miatt, mert a korai műtét — tekintve a súlyos szövödményekre — betegünk életét menthetjük meg.

IR ODALMI SZEMLE

BELGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Gömöri Pál és Binder László.

A májpunctio értéke a különböző májbetegségek diagnosztikájában. *Hatigenau I., Sparchez T., Radu P. és Macavei I.* (Wien, klin. Wschr. 1943, 2. szám.) A májpunctio a májszövetnek élőben való biopsziáját teszi lehetővé. Az első májpunctiót 1895-ben Lucatelli végezte, 1925-ben Birngel és 1927-ben Olivet újította fel. Hatigenau eljárása az, hogy a beteg reggel éhgyomorra 15 csep Pantopont kap, utána félóra múlva hanyatt vagy baloldali fekvésben, jódozás után, de helyi érzéstelenítés nélkül történik a punctio. Ehhez 2 cm³ Record fecskendőt és 15 cm. hosszú, 1 mm. belvilágú tűt használ. A behatolás helye: az utolsó jobb bordaközben, az elülső hónaljvonalban, miközben a beteg mélyen belélegzett állapotban marad. A behatoláskor a fecskendőt egész enyhén megszívja, egyúttal a tűt ki is húzza. A beteg a punctio után egy óráig nyugodtan fekszik, esetleg hideg borogatást kap. A punctio 45 esetben teljesen simán történt. A punctatumból azonnal kenet készült és May-Grünwald-Giemsa szerint fixálják és festik. A normális kép, a *hepatogram*, a következő: egyenként vagy szigetekben jellegzetes májsejtek, reticulum és endothelsejtek, köztük véralakelemek. Májrákban — amely a májpunctio legfontosabb differenciáldiagnostikus területe — könnyen felismerhetők a rákszövet jellegzetes rosszindulatúan burjánzó sejtjei. El lehet különíteni a májrákot a sarcomától, esetleg a cirrhosist vagy hepatitiszes májmegnagyobbodást ezúton lehet elkülöníteni. Kevésbé fontos — tekintettel a csontvelőpunctio eredményeire — a leukaemiás, ill. a vészes vérszegénység egyébként önmagában is jellegzetes *hepatogram*ja. Egy esetben a májpunctióval streptococcusokat tudtak kimutatni, ill. kitenyészteni egy septikus, de bakteriologailag negatív leletű betegből. A májpunctio contraindicációja az echinococcus, pleuropulmonalis betegségek, főleg, ha gennyesedés tehető fel.

Kuchárik József dr.

A gyulladási állapot megítélése különböző betegségek gyógyulása alatt. *H. Siedek.* (Wien, Klin. Wschr. 1942. 50.) A gyulladás általános jelei, úgy mint a láz, tachycardia, leukocytosis, vérszékelyedés stb. akut gyulladási esetek megítélésére általában jók. A lassan kezdődő, idült folyamatok és a gyógyultnak látszó betegségek gyulladási maradványának megítélésére azonban gyakran nem nyújtanak megbízható értékeket. A süllyedés egyike a legáltalánosabban használt reakcióknak, de a mondottak értelmében szintén gyakran cserbenhagy. A szerző i. m. teinjeciót ajánl, amikor is a rejtett, semmiféle észlelhető tünetet nem okozó gyulladási folyamat aktiválódva, gyorsult süllyedést hoz létre. Egészségeseknek 5 cm³ i. m. tejet adva, a süllyedésben elváltozást nem észlelünk. A szerző lép- és májmegnagyobbodással járó akut sárgaság esetek, vérhas, pleuritis exudativa, rheumás megbetegedések, kiütéses typhus, malária süllyedését vizsgálta teinjeció után, s mindazon esetekben, ahol a süllyedésben gyorsulás mutatkozott a betegség maradványa még a gyógyultaknak látszóknak is előbb, vagy utóbb kiderült. Az eljárás jelentősége a látszólag gyógyult esetek felderítésében, továbbá a késői complicatiók megelőzésében jelentős. Azokban az esetekben, ahol teinjeció után a süllyedés gyorsult, abszolút lymphocytosis, míg egyébként a segmentek megszaporodása észlelhető. Az abdominális megbetegedések és a malária nem követik ezt a szabályt. Azokban az esetekben, ahol a süllyedés gyorsulás nem jön létre, a segmentáltak megszaporodnak, a mononuclearis sejtek pedig megfogynak. (B. 22.)

Pálos László dr.

DIGESTOL

Klinikailag kipróbált és évtizedek óta bevált

gyomor- és bélregulátor

Emésztésvajító, savkötő és enyhén hashajtó tulajdonságai folytán hyperaciditás, gastrointestinalis zavarok, gyomorhálhurut, gyomor-atonia, ideges dyspepsia, idült székrekedés, tüdőök valamint vérszegénység gyomorpanaszainál kitűnő eredménnyel alkalmazható

SZENT PÉTER gyógyszeripari laboratórium

Budapest, V., Pozsonyi-út 1. — Telefon: 121-547

TABORI EGÉSZSÉGÜGY ÉS HADISEBÉSZET

Rovatvezető: Sereghy Emil.

Másodlagos csontkolás, ileiglenes müláb, mankók, botok. *Kutenkampff*: D. D. Militärrzt 1943-6. Másodlagosan csak akkor csontkoljunk a beteg láztalan-ságá, rendes érlelése mellett, ha a beteg kezd megkö-zelőteni rendes erőbeli állapotát, súlyát. A vérrel rosz-szul ellátott, nyomásra kevésbé is fájdalmas csont, renyhén sarjadzó sebek veszélyeztetik az eredményt. Valódi diphteria a sebben ritkán lép fel. A csontkolást egyszerű bőrlebennyei végzi, egyébként egyszerűen csontkol. A csontkot nem varrja. Ha a sebgyógyulás zavartalan, ragtapasszal húzza össze a sebet és trikó-val húztatja a lágyrészeket. Ha a lábszárcsont rövid lenne, Gritti műtétet végezzük. A Pirogoff és Gritti csontköt a legjobbak, bár Chopart, Lisfranc ízületben is jó csontkötöt látni. Másodlagosan akkor csontkol-junk, ha a csont előnyomul, a fedőbőr vékony és gyak-ran kifehélyesedik. Ha a csont sebe functionális utó-kezelés mellett gyógyult, ideiglenes mülábat ad a be-tegnek, lábszárcsontkolás esetén a térdig, combcsontnál a medencére támaszkodik a művégtag. A csontkötnek mankót, botot sohasem ad. 8-14 nap alatt megtanul-nak egyensúlyozni, járni, szaladni. Botot csak egye-netlen talajon használjon a csontköt. Ha ideiglenes mű-lábbal a járást begyakorolta, a végleges művégtaggal még a müláb huzásáról is leszoktatható, ha az ép láb-bal kisebbet lép. (S. 24.)

Sereghy dr.

Két testüreg lésérüléseinek elátása. *Madlener*. (D. D. Militärrzt 1943/6.) Mellkas és has egyidejű sérülése esetén behatolhatunk a mellkasbe és rekeszen át, hasmetszéssel, vagy mindkét üreget nyitjuk meg. A tüdő sebének ellátását csak életveszélyes vérzés ese-tén kell végezni. Ha nyílt-légmell nem keletkezik, vese-vagy hasmetszésből varrjuk a rekesz sebet. Ha a hasat megnyitottuk, rögtön el kell látni a rekesz sebet, hogy légmell keletkezését megakadályozzuk. Nyílt légmell esetében előbb a mellkast tárjuk fel, varrjuk a rekesz sebet, azután nyitjuk meg a hasat. A mellkas alsó ré-szének érintett lövéseinél a mellkas sebéből a rekeszen át ejtett metszésből láthatjuk el a lép, vese, gyomor, vastagbélhajlat sérülését. Kétes esetben a májsérülés-nél hasmetszést végezzük. (S. 19.)

Sereghy dr.

Koponyalövések késő következményei. *Reichard*. (D. D. Militärrzt. 1943/5.) A koponya érintő, lepattanó lövései többnyire kemény agyburok alatti vérömlenyt okoznak. Ha súlyos általános tünetek fejlődnek ki, még ép külső lemez mellett is koponyalékelést kell vé-gezni. Ha a keményburok feszes, kékesen áttűnő, nem lüktet, fel kell hasítani és a vérömlenyt kitakarítani. A keményburok alatti vérömleny véráram útján is fertőződhet. Sérülhet érintő lövés következtében a ko-ponya külső, belső lemeze, agyhártya, agy. Leggyako-ribb késő következmény az epilepsia, ami baloldali sé-rülés után gyakrabban lép fel, mint jobboldali sérülés után. Kifejlődhet körülírt sávós agyhártyagyulladás, bérulás. Előfordulhatnak késői halálesetek is. (S. 2.)

Sereghy dr.

ELŐZETES JELENTÉS

Megjelenik a bonni egyetem tanárának, dr. F. Laubenthalnak: Leitfaden der Neurologie c. műve magyar fordításban

AZ IDEGGYÓGYÁSZAT VEZÉRFONALA

címmel. A munkát a szegedi egyetem ideg- és elmekórtan professzora, dr. Kulcsár Ferenc látta el jegyzetekkel és előszóval. Dr. Vargha Miklós tanársegéd fordítása. Laubenthal: Leit-faden der Neurologie című gyakorlati köny-vének magyar fordítása a magyar orvosi iro-dalomban az eddig hiányzó s minden gyakorló-orvos számára szükséges szakmunkát nyújtja

Előfizetési ára november 8-ig P 32. kv. műnyomópapíron

SZUKITS Könyvkiadó, Budapest, Kécskeméti-u. 11

SZÜLESZET ÉS NŐGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Ottó József és Pallós Károly.

A K-vitamin szerepe a szülészet-nőgyógyász-at-ban. *Dietel*. (Geb. u. Frauenheilkunde. 1943. 7.) A K-vitamint főleg zöld növényi részekben találjuk, de meg van állati szervekben, így a sertésmájban is. Különböző baktériumok, mint a tbc. bac. coli bakt. és staphylococcusok is tudják képezni és úgy látszik az állati szervezetbe is a bél baktériumflórája szál-lítja. A K-vitaminhiánykor keletkező haemorrhagiás diathesis az alvadási idő megnyúlására vezethető vissza; ezt viszont a vér prothrombintartalmának erős megerősítése okozza. A prothrombin ugyanis a máj-ban K-vitaminhatásra képződik. Ezért végzünk K-vitamin-hiány kiderítésére prothr. meghatározást. A prothr. tartalmat a normalvér prothr. tartalmához (100%) viszonyítva, %-ban fejezzük ki. A K-vitamin olyan elterjedt a természetben, hogy K-avitaminosis ritka. Létrejöhet, ha ennek, a zsírban oldódó vitamin-nak hosszú ideig tartó felszívódási zavara áll fenn, pl. a belekben, epehiány esetén (pangásos iktus, epe-bél-sipoly, epeelzáródás stb.). A szülészetben legfontosabb a K-vitamin szerepe az újszülöttekben. Az ezekben fellépő haemorrhagiás jelenségek, mint a bőr-, nyál-kahartyák-, köldök-, koponyaürivérese, melaena prothrombin-hiány okozta lassult véralvadáson ala-pulnak. Ez magyarázza a sokszor könnyű szülekés után fellépő koponyaüri-vézéseket is. Az újszülött K-vitamin hiányának megszüntetésére két út kínál-kozik. Egyik, ha az anyának adunk szülés előtt vita-mint, a másik, ha a megszületett magzatnak. Az előbbi módszerrel nem sikerül a magzati vér prothrombin tartalmát emelni. Véreses hajlamot mutató újszülöt-tekben nevezetesen melaena és kephalhaemathoma esetében a prothr. tartalmát igen alacsony-nak találta (1-10%). Icterus gravis neonat. K-vitaminnal ked-vezően befolyásolt esetei arra mutatnak, hogy ennek létrejöttében is szerepe van a hypoprothrombinae-miának. Ajánlatos elhuzódó nehéz szülekés után, haem. diathesis megjelenésekor vagy újszülöttön vég-zendő műtétek esetén 10 mg K-vitamint adni. A ter-hések vérében az esetek nagyobb részében (72%) emel-kedettnek, a kisebb részben (28%) normálisnak ta-lálta a prothrombin koncentrációt. Fontos, hogy terhe-sek icterusánál vizsgáljuk az alvadási időt, mert atrophia henatis flavae esetén korai tünet a vér pro-thrombin tartalmának esése, mit ilyenkor nem K-vi-taminhiány, hanem májséjtárlalom okoz. Egybehangzó ezzel a punctióval nyert májszövet histológiai lelete, mely csökkent prothrombin koncentrációját a heveny májsorvadás destruált májszövetét mutatja és ilyen-kor a klinikai lefolyás is súlyos és indokolt a terhes-ség megszakítása. A vér prothr. tartalmának vizsgálata mint májfunctiópróba hyperemesiánál, praeeek-lampsianál még kísérletezési stádiumban van. A nő-gyógyászatban is próbálkoztak K-vitaminnal. Egye-sek menstruáció előtt, lázas függelékgyulladások és rák esetében alacsony prothr. értékeket találtak és K-vitaminnal kedvezően befolyásolták a különböző női véreseket. A szerzőnek nem ez a megfigyelése; sem alacsony prothr. értékeket nem talált véreszavarok-nál, sem nem látta a K-vitamin gyógymódnak ered-ményét. A használatos K-vitamin praeparatumok ki-szorították a nehezen előállítható, könnyen bomló, csak zsírban oldódó, ezért per os csak epével együtt adható eredeti vitamint. Jók a Merek-gyár Kara-num-a, Bayerék Hemodal-in és a Synkavit (Hoffmann-La Roche). Az adag újszülötteknek 10 mg, felnőtteknek 10-30 mg. Általában megfelel a perorális adagolás, csak ha ennek valami akadály van (csecsemő, hanyó, inni nem tudó beteg), adjuk befecskendés formájában. (O. 21.)

Piga Endre dr.

Laxoptin

Ideális, enyhe hatású hashajtó. Éveken át jó eredménnyel szedhető

Lalkus propagandával nem vezetjük a közönséget ártó gyújtásra

„NAGY KRISTÓF” gyógyszerár, IV., Váci-utca 1

Neohexal

A húgyutak valamennyi fertőzéses folyamatának, továbbá az influenza és a meghűléses betegségek kezelésére.

Üvegcsőben 20 db 0,5 g-os tabletta



J. D. RIEDEL - E. DE HAËN A. G. BERLIN — Magyarországi képviselő: Dr. Lányi Lajos, Budapest, VIII., Rigó-utca 10

Expectin^{sol.} cseppek



ELŐÁLLITJA ÉS FORGALOMBA HOZZA

Diachemia

INGERT SZÜNTET
ERÉLYESEN KÖPTET

A MÁV- B. B. I. ÉS A SZFÖV.
ALK. SEGÍTŐALAPJA TERHÉRE
SZABADON, A M. KIR. HONVÉD-
SÉGNÉL E. ALATT ENGEDÉLYEZVE

10 gr. ára P 2.20

Straub Sándor gyógyszervegyészeti és vegyészeti laboratórium, Budapest, VI

GERULKIN-CHINOIN

Gyomor- és vékonybélfekély histidin-kezelésére

Gyors klinikai javulást hoz létre!

A gyógyulás időtartamát megrövidíti!

Az étrendi kezelést megkönnyíti!

10 ampullás dobozok



A chinin minden indikációjánál ma

PROCHININ

(Védett név)

használható

Adagolása azonos a chininével, csak maláriánál 50%-kal magasabb

Osszetétel:

5,0% Chinidin
47,5% Cinchonin
47,5% Cinchonidin

Kereskedelemben levő formák: substantia, tabletták 0,25 és 0,5 g, csomagolások 25, 50 és 1000 tablettával

A M. kir. Országos Közegészségügyi Intézet C.1824/1943. számú határozata alapján a Ph. H. IV.-ben hivatalosan felvéve.

C. F. Boehringer & Soehne G.m.b.H., Mannheim-Waldhof
Chininfabrik Braunschweig Buchler & Co., Braunschweig
Vereinigte Chininfabriken Zimmer & Co. G.m.b.H., Mannheim-Waldhof

EXHEPAR

NAGYHATÁSÚ FÁJDALMATLAN MÁJINJECTIO
„CERTA” GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUM R. T. BUDAPEST

BÖRGYÓGYÁSZAT

Rovatvezető: Szép Jenő.

A syphilis megelőző kezelésének szükségességéről. *F. Immel.* (Dermat. Wschr. 1943. 23/24. füz.) A syphilitikus fertőzések nagymérvű szaporodása ismét idősebbé tette annak a kérdésnek felvetését, szükséges-e a fertőző syphilisben szenvedő beteggel érintkezett és így minden valószínűség szerint fertőződött, de tünetmentes egyének megelőző kezelésben való részesítése olyan értelemben, miként az a heveny fertőző betegségek esetében történik. A szerző véleménye szerint a prophylaktikus kezelés szükséges, mivel az ilyen érintkezés után a fertőzés okvetlenül bekövetkezik. Ismeret olyan esetet, amelyben a kezelést elmulasztotta és a syphilis manifesztálódott, valamint olyanokat is, melyeket a fertőzés gyanújának kitűnté után rögtön kezelésbe vett; ezeken syphilitikus tünetek nem fejlődtek ki. A spirocid nem alkalmas az ilyen megelőző kezelésre, hanem teljes kombinált kúrát kell végezni, amit az esetleges terhesség alatt még egy biztosító kúrával ajánlatos kiegészíteni. A hosszas, további megfigyelés, a partner friss syphilisének biztos kórismézése és a gyanús egyén régebbi syphilitikus fertőzésének kizárhatósága egészíti ki azokat az előfeltételeket, melyeknek *Immel* szerint a prophylaktikus syphiliskezelés esetében meg kell lenniük. (Sz. 37.) Kovács Zsigmond dr.

Syphilisgyanús egyének megelőző kezelése. *K. H. Vohwinkel.* (Dermat. Wschr. 1943. 37/38. füz.) Megjegyzés *Immel* közleményére; Derm. Wochenschrift. 23/24. f. Meg kell maradni a régi tétel mellett, hogy csakis tárgyi tünet (positív spirochaeta-lelet vagy pozitív serológiai reakciók) alapján kórismézett syphilis esetén szabad az antisiphilitikus kúrát megkezdeni, tehát nem helyes a syphilisgyanús egyének megelőző kezelése sem. A salvarsan nem ártalmatlan gyógyszer, mely eltekintve a sok kisebb kellemetlen mellékhatástól, nem ritkán súlyos, esetleg halálos károsodást is okoz. Ezeknek a veszélyeknek esetleg teljesen egészséges egyént ok nélkül kitenni semmiképpen sem szabad. A syphilis bármilyen fertőző is, nem fertőz mindig. Olyan megelőzés pedig, mint amilyen a heveny fertőző betegségek esetében végezhető, syphilis ellen nincs. De nem is lényeges a megelőző kezelés, mivel a korán felismert betegségnek gondos kezelése, különösen a seronegatív szakban, teljesen jó eredménnyel jár. (Sz. 38.) Kovács Zsigmond dr.

KÖNYVISMERTETÉS

Der menschliche Gesichtsausdruck und seine diagnostische Bedeutung. *Max de Crinis.* (Thieme, Leipzig, 1942. RM 5.40.)

A múlt században G. Hoffmann Baumgärtner, újabban pedig Kirchhoff és mások a physiognomiát körjelzéstani értékkel akarták felruházni. Bizonyos, hogy az orvosi hivatás teljesítése közben is különös fontossága van az arckifejezés ismeretének, amelyben nemcsak a személyiség és hangulat, hanem az összorganizmusnak biotonusa is visszatükröződik. Az arcminika elsősorban érzelmi tényálladékokat tesz közvetlenül áttekinthetővé és megérthetővé tekintetében jóval megelőzi a szavakban, mondatokban formulázott beszédet. Az első út a beteg megismerése felé a mimikát az orvos megértéséről, megélés-képességéről tudomást szerez.

Szerző a történelmi bevezetés után alaktani és életani ismertetést nyújt szemléletesen szembeállítva a corticalitás tényével az automatikus elhárító, támadó és kifejező mozgás-succellókat, a mélységi személynek és az »En«-nek teljesítményeit.

Finom intuícióval és kivételes beleélni tudással elemzi az arckifejezés különböző szakaszainak physiognómiai jelentőségét és kifejezésnyelvét. Ezen leírásaiban nemcsak mozgástechnikai tényálladékokra, hanem a szövet-tugorra, a capillaris vérteltségre, a vegetatív tonusra is tekintettel van. Igen meggyőzők azon képsorozatai, amelyek a »balarc« és »jobbarc« kifejező-különbségeire épített lélektani situációt vannak hivatva megalapozni. Míg a »jobbarc«-ban jobbkezeseknél, a bal agyfélteke praeponderantiájának megfelelően, a tudatos személyiség, addig a »balarc«-ban az altudatos, illetve tudatlan ösztöntendenciák rendszere tükröződik. A mimikai játékban az érzelmi életnek a belső szervek állapotától való függése miatt kerülő úton a szervek kóros állapotváltozásai is reflectálódnak. Szerző distinct klinikai érzéssel vázolja a különböző belgyógyászati és idegrendszeri bántalmaknak a mimikai kifejezőmódokra való befolyását, számos nyomdatéchnikaileg is elsőrangú, nagyjából részletes reprodukcióval támogatva előadását. Instruktív elemző feldolgozásaiban a gyakorlati psychognostikus beállítás előnyösen gazdagodik a kórtani történés teljes dimenzióban való látásával, mint az sok más között pl. a terhességi arckifejezés, az alvás és coma, az álmodó és álomkép nélküli alvás minutiosus elkülönítéseiben is igazolódik. A munka minden klinikusra nézve komoly gazdagodást jelent és pedig nemcsak az elkülönítő körjelzés, hanem a körjelzéstállítást tekintetében is; egyúttal segít kimélyíteni az orvos és beteg közötti lelki kölcsönösséget.

Benedek László prof.

PRIMOLAX

a biztos hatású synthetikus hashajtó

Bisacetyldioxiphenylisatin 0.005 gr.-os tablettákban adagolva. A primolax a gyomron és vékonybélben áthalad és csak a vastagbél peristaltikáját befolyásolja, amelyre specifikus hatást gyakorol. Esti étkezés után vett tabletták 10-12 óra belül fájdalommentesen teljes kiürülést idéznek elő. Felnőtteknek 1-3 tableta, gyermekeknek 1/2-1 tableta.

SZENT PÉTER gyógyszervegyészeti laboratórium
Budapest, V., Pozsonyi-út 1. — Telefon: 121-547.

Szent Lukács Gyógyfürdő és Gyógyszálló
Társas rheuma-osztály. Tél-nyári rheuma-gyógyhely

Kedvelt bélreguláns

Forgalomba hozza:
Magyar Pharma Gyógypáru Rt.
Budapest—Kolozsavár

ISTIZIN



»Bayer«
Leverkusen

a kellemes hatású hashajtó

VEGYES HIREK

Halálozás, nemes Mikó Géza október 23-án, 73 éves korában Hegyeshalmon elhunyt.

Svájcban ez évben az orvosok száma 5233 az előző évi 5014-el szemben. Az eloszlás aránytalan. Míg Uri kantonban egy orvosra 2300 lakos jut, addig Bern kantonban 1400, Zürich kantonban 900, Genf kantonban 600.

Dániában máktermesztéssel kísérleteztek, hogy így a morfiumbehozatalt kiküszöböljék. Miután az eredmény sikeres volt, nagy területeket ültettek be mákkal.

Sub auspiciis gubernatoris avatják október 27-én délelőtt 11 órakor a budapesti tudományegyetemen **Zádory (Zahajský) Ernő**t az orvostudományok doktorává.

Általános Körtan, Went-Preis-Sánthe II. kiadása, 210 ábrával, 8 színes táblával, 700 oldal terjedelemben ez év decemberében jelenik meg. A kötet ára megjelenés után 85 P, előfizetésben 65 P. Előfizetni december 15-éig lehet a debreceni Egyetemi Nyomdánál.

Orvoskari Naptárunk adatainak helyessége érdekében kérjük mindazon kartárs urakat, kiknek neve a »Naptárban« szerepel, hogyha hivatali beosztásuk, lakcímük és telefonszámuk az év folyamán megváltozott, szíveskedjenek szerkesztőségünkkel közölni.

Tisztiorvosi tanfolyam. 1944. évi január 10-i kezdettel Budapesten a m. kir. Országos Közegészségügyi Intézetben tisztiorvosi tanfolyamot és ezt követően tisztiorvosi vizsgát tartanak.

Mindazon orvosdoktorok, akik a fentemlített tanfolyamra és az ezt követő vizsgára jelentkezni kívánnak, kellően felszerelt és felbélyegzett kérvényeiket **Johan Béla dr.** államtitkárhoz, a tisztiorvosi vizsgabizottság elnökéhez címezve (Budapest, IX., Gyáli-út 4) 1943. évi november hó 20. napján déli 12 óráig annyiival is inkább küldjék be, mert később érkező, vagy az alább felsorolt okmányokkal fel nem szerelt kérvények nem vétetnek figyelembe.

A közszolgálatban állók kérvényeiket felettes hatóságukkal láttamoztatni tartoznak.

A kérvényhez csatolni kell:

a) születési anyakönyvi kivonatot, vagy annak hiteles másolatát; b) Magyarország területén érvényes egyetemes orvosdoktori oklevelet, vagy annak hiteles másolatát; c) rövid életrajzot (curriculum vitae), melyben a jelentkező különösen végzett tanulmányairól, nyelvismerteteiről és hivatásbeli működéséről — a vonatkozó okmányok csatolásával —, oklevél keltétől a jelentkezésig időrendben pontosan beszámol; d) hiteles igazolását annak, hogy a jelentkező, gyakorlatra feljogosító orvosi oklevélének elnyerése után legalább egy évig egyetemi vagy kórházi szolgálatot teljesített, vagy legalább két évig magángyakorlatot folytatott; e) igazolványt arról, hogy jelenleg milyen állást (állásokat) tölt be; f) egyetemi lecke-könyvet, az orvosi szigorlatokról kiállított bizonyítványokat, valamint a kötelező kórházi gyakorlatra szolgálati könyvet.

A vizsgadíj 150 pengő.

A tanfolyam időtartama 9 hónap.

A tanfolyamra felvett hallgatók korlátozott számában a m. kir. Országos Közegészségügyi Intézettel kapcsolatos Orvosok Házában lakást és ellátást kaphatnak, melyért a megállapított önköltségi árat kell megfizetni.

A tanfolyamra (annak syllabusaira, laboratóriumi letétjére, az Orvosok Házában a lakás és ellátás költ-

FAGIFOR „CITO“

Calcium-sókat tartalmazó jölzű mentholos lactocreasot-syrup

Ideális enyehe expectorans

Légzőszervi bántalmak specifikus gyógyszer
lag. orig. P 3-21, pénztári csom. P 1-61

CITO gyógyszervegyészeti gyár
Budapest, XIV., Lengyel-utca 33. szám.

ségeire stb.) vonatkozólag közelebbi értesítést vagy felvilágosítást a M. kir. Országos Közegészségügyi Intézet nyújt.

Fürdős- és masszörképzőtanfolyam. A Budapesti Központi Gyógy- és Üdülők helyi Bizottság az elmúlt évekhez hasonlóan, most is megrendezi fürdős- és masszörképző tanfolyamát dr. Benczur Gyula egyetemi c. rk. tanár vezetésével. A december hó elején kezdődő öt hónapig tartó tanfolyamon résztvehetnek férfiak és nők egyaránt. Résztvételi díj 150 pengő. **Jelentkezés kizárólag a Budapesti Központi Gyógy- és Üdülők helyi Bizottságánál (V., Vigadó-tér 3).** A jelentkezésnek tartalmaznia kell a jelentkező nevét, pontos lakcímét, korát, vallását, iskolai végzettségét, esetleges nyelvtudását, továbbá eddigi foglalkozását. A jelentkezéshez eredeti okmányt csatolni nem kell.

Orvosdoktorrá avatattak a budapesti tudományegyetemen október 23-án **Sugár András János Mária.** (Summa cum laude.) Üdvözljük az új kartársat.

HETIREND

Kedden, 2-án, 6 ó. **vitész Csia S.** előadása a Szt. Gellért-szálló hangversenytermében. **Bűn és betegség.**

Kedden, 2-án, 7 ó. a Bp. Orvosi Kaszinó ülése. **Benedek I.:** Gyógypedagógiai előadás, különös tekintettel a bűnözés lélektanára.

Szerdán, 3-án, 7 ó. a gr. Apponyi Albert Poliklinika orvosainak ülése. **Fekete S.:** Megemlékezés gr. Apponyi Albertről — **Waldmann I.:** A szemészet haladásáról.

Pénteken, 5-én, 6 ó. a Bp. Kir. Orvosegyesület ülése. **Imre J.:** Az endokrin vonatkozású szemtünetek jelentősége a klinikusok számára. (Balassa emlékelőadás.)

FELELŐS KIADO: VAMOSSY ZOLTÁN

A szerkesztő kedden és pénteken 12 és 1 óra között fogad.

Super Lysoform

1%-os oldata a legtöbb pathogen-csírát 1 perc alatt megöl

Nem mérgező, kellemes illatú és olcsó

NEOTROPARIN-CHINOIN

NOVATROPIN + PERPARIN

erőteljes hatású görcsoldószer

Tabletta

Ampulla



INVERTOSE

INJECTIO

a megbízható készítmény
dextrose, glucose helyett.

20 % 40 %-os töménységben.
10, 20, 50 és 100 kcm.
ampullákban.

• DR. EGGER GYÁRTMÁNY •

*Nodusok és szövődményei causalis
bakterium therapiája coli vaccinával*

Pasterisan

k ú p és k e n ő c s

*Külső vagy mélyenfekvő nodusok, perianalis ekzémák, pruritus
ani et vulvae, rhagadák, fissurák stb.*

Orvosi mintával és irodalommal készséggel szolgál:

VAJNA JÓZSEF GYÓGYSZERÉSZETI LABORATORIUMA
BUDAPEST, IV., VÁCI-UTCA 34.

Uricedin

anyagcserebántalmaknál, mint: köszvény, rheuma, ischias, vese-, hólyag-, epe-, máj-bántalmaknál, bélrenyheség és gyomorbajoknál.

Magyarországi vezérképviselet:

Medichemia Gyógyszerkészítmények Gyára R.T.

Budapest, X., Ilölgý-uca 14

J. E. Stroschein

Chemische Fabrik K. G.
Berlin

Fájdalmaknál

Quadronal

megbízható — hatásos — jól tűrhető

Naponta háromszor 1–2 tablettá

phiolák 10 és 20 tablettá tartalommal

Adatokkal készséggel szolgál:

ASTA AKTIENGESELLSCHAFT CHEMISCHE FABRIK BRACKWEDE I. W.

KÁLMÁN LEHEL GYÓGYSZERVEGYÉSZETI VÁLLALAT BUDAPEST 62